FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968 — N° 634

# THÈSE

pour le

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

**PAPELARD Alain, Lucien, Albert**

*né le 7 mai 1938*

*à NOGENT-sur-MARNE - 94*

---

présentée et soutenue publiquement le 28 juin 1968

# HISTOIRE DE LA MÉDECINE PÉNITENTIAIRE EN FRANCE

---

*Président :* Monsieur le Professeur **L. DÉROBERT**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968 N° 634

# THÈSE

pour le

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

**PAPELARD Alain, Lucien, Albert**

*né le 7 mai 1938*

*à NOGENT-sur-MARNE - 94*

---

présentée et soutenue publiquement le 28 juin 1968

# HISTOIRE DE LA MÉDECINE PÉNITENTIAIRE EN FRANCE

---

*Président :* Monsieur le Professeur **L. DÉROBERT**

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

## PROFESSEURS HONORAIRES

**MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).**

DOYEN ..... **Georges BROUET**
1er ASSESSEUR ..... **Daniel BARGETON**
2e ASSESSEUR ..... **Jean GOSSET**

## I. — PROFESSEURS

### 1° *Chaires de sciences fondamentales*

#### a) Professeurs titulaires

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie ..... | **DELMAS (A.)** |
| — | **HUARD (P.)** |
| Anatomie et cytologie pathologiques ..... | **DELARUE (J.)** |
| Anesthésiologie ..... | **VOURC'H (G.)** |
| Bactériologie et virologie ..... | **TOURNIER (P.)** |
| Biochimie médicale ..... | **JAYLE (M.-F.)** |
| — | **POLONOVSKI (J.)** |
| — | **DESGREZ (P.)** |
| Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports ..... | **MALMEJAC (J.)** |
| Biologie médicale ..... | **FAUVERT (R.)** |
| Biophysique médicale ..... | **BUGNARD (L.)** |
| — | **DOGNON (A.)** |
| — | **DJOURNO (A.)** |
| Cancérologie expérimentale ..... | **MATHE (G.)** |
| Chimie pathologique ..... | **SCHAPIRA (G.)** |
| Génétique fondamentale ..... | **LEJEUNE (J.)** |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .... | **COURY (Ch.)** |
| Histologie et embryologie ..... | **TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)** |
| — | **COUJARD (R.)** |
| Hygiène et médecine préventive ..... | **BOYER (J.)** |
| Médecine du travail ..... | **DESOILLE (H.)** |
| Médecine légale, droit médical et déontologie .. | **DEROBERT (L.)** |
| Microbiologie (bactériologie et virologie) ..... | **FASQUELLE (R.)** |

| | MM. |
|---|---|
| Parasitologie | **N...** |
| Pathologie chirurgicale | **LAURENCE (G.)** |
| — | **KUSS (R.)** |
| — | **VERNE (J.-M.)** |
| Pathologie exotique | **BRUMPT (L.-C.)** |
| Pathologie expérimentale et comparée | **MERKLEN (F.-P.)** |
| Pathologie médicale | **LAROCHE (Cl.)** |
| — | **BRICAIRE (H.)** |
| — | **PEQUIGNOT (H.)** |
| Pathologie respiratoire | **TURIAF (J.)** |
| Pathologie et thérapeutique générales | **MAURICE (P.)** |
| Pharmacologie | **BOISSIER (J.-R.)** |
| — | **LECHAT (P.)** |
| Physiologie | **BARGETON (D.)** |
| — | **PARROT (J.)** |
| Physiologie et pathologie obstétricales | **LEPAGE (F.)** |
| Radiologie médicale | **DESGREZ (H.)** |
| Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale | **N...** |
| Thérapeutique | **LAMOTTE (M.)** |
| Thérapeutique appliquée | **N...** |

b) **Professeurs à titre personnel**

| | |
|---|---|
| Anatomie | **CABROL (Ch.)** |
| Anatomie anthropologique | **OLIVIER (G.)** |
| Anatomie pathologique | **NEZELOF (Ch.)** |
| Bactériologie | **BARBIER (P.)** |
| Biochimie médicale | **DREYFUS (J.-Cl.)** |
| Biologie médicale | **BOURLIERE (F.)** |
| Parasitologie | **LARIVIERE (M.)** |
| Pathologie expérimentale | **LOEPER (J.)** |
| — | **DEJOURS (P.)** |
| Physiologie | **SCHERRER (J.)** |
| — | **KELLERSHOHN (L.)** |
| — | **GOUGEROT (L.)** |
| Physique médicale | **ROUCAYROL (J.-Cl.)** |
| — | **TUBIANA (M.)** |
| Radiologie médicale | **FISCHGOLD (H.)** |

2° *Chaires de sciences cliniques*

a) **Professeurs titulaires**

| | |
|---|---|
| Clinique carcinologique | **DENOIX (P.)** |
| Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) | **REDON (H.)** |
| Clinique cardiologique (Broussais) | **SOULIE (P.)** |
| — (Boucicaut) | **LENEGRE (J.)** |

| | MM. |
|---|---|
| Clinique chirurgicale (Beaujon) | **LORTAT-JACOB (J.-L.)** |
| — | **BAUMANN (J.)** |
| — (Cochin) | **LEGER (L.)** |
| — (Hôtel-Dieu) | **PATEL (J.)** |
| — (Saint-Antoine) | **GOSSET (J.)** |
| — (Salpêtrière) | **SICARD (A.)** |
| — (Tenon) | **OLIVIER (Cl.)** |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) | **MERLE d'AUBIGNE (R.)** |
| (Foch) | **PADOVANI (P.)** |
| (Beaujon) | **CAUCHOIX (J.)** |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) | **FEVRE (M.)** |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) | **DUBOST (Ch.)** |
| Clinique de chirurgie thoracique (Laennec) | **MATHEY (J.)** |
| Clinique dermatologique (Saint-Louis) | **DUPERRAT (F.)** |
| Clinique endocrinologique (Pitié) | **DECOURT (J.)** |
| Clinique de génétique médic. (Enfants-Malades) | **LAMY (M.)** |
| Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) | **HUGUIER (J.)** |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) | **DEGOS (R.)** |
| Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) | **TURPIN (R.)** |
| Clinique des maladies infectieuses (Cl.-Bernard) | **MOLLARET (P.)** |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) | **DELAY (J.)** |
| Clinique des maladies du sang (Broussais) | **BERNARD (J.)** |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) | **CASTAIGNE (P.)** |
| Clinique médicale (Bicêtre) | **DEPARIS (M.)** |
| — (Broussais) | **MILLIEZ (P.)** |
| — (Cochin) | **N...** |
| — (Hôtel-Dieu) | **BARIETY (M.)** |
| — (Pitié) | **DREYFUS (G.)** |
| — (Saint-Antoine) | **CONTE (M.)** |
| — | **KOURILSKY (R.)** |
| — | **BOUDIN (G.)** |
| Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) | **DEBRAY (Ch.)** |
| Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) | **MARIE (J.)** |
| Clinique médicale propédeutique (Broussais) | **JUSTIN-BESANÇON (L.)** |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu) | **DEROT (M.)** |
| Clinique néphrologique (Necker) | **HAMBURGER (J.)** |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) | **DAVID (M.)** |
| Clinique neurologique (Salpêtrière) | **GARCIN (R.)** |
| Clinique obstétricale (Baudelocque) | **LACOMME (M.)** |
| — (Saint-Antoine) | **MERGER (R.)** |
| — et gynécolog. (Port-Royal) | **VARANGOT (J.)** |

| | MM. |
|---|---|
| Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) | **OFFRET (G.)** |
| — (Cochin) | **BREGEAT (P.)** |
| Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) | **AUBRY (M.)** |
| Clinique de pédiatrie (Trousseau) | **MOZZICONACCI (P.)** |
| Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) | **THIEFFRY (S.)** |
| Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec) | **BROUET (G.)** |
| Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) | **MICHAUX (L.)** |
| Clinique de rhumatologie médic. et soc. (Cochin) | **COSTE (F.)** |
| Clinique de rhumatologie (Lariboisière) | **SEZE (S. de)** |
| Clinique stomatologique (Salpêtrière) | **DECHAUME (M.)** |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) | **ROUX (M.)** |
| Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) | **LEMAIRE (A.)** |
| Clinique toxicologique (F.-Widal) | **GAULTIER (M.)** |
| Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré) | **JUDET (R.)** |
| Clinique urologique (Cochin) | **ABOULKER (P.)** |
| — (Necker) | **COUVELAIRE (R.)** |
| Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) | **LAPLANE (R.)** |
| Séméiologie médicale (A.-Chantin) | **DOMART (A.)** |
| — (Lariboisière) | **BOUVRAIN (Y.)** |
| — (Pitié) | **RAMBERT (P.)** |
| — (Rothschild) | **WOLFROMM (R.)** |
| Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) | **POILLEUX (F.)** |

b) **Professeurs à titre personnel**

| | |
|---|---|
| Hématologie | **ANDRE (R.)** |
| — | **BOUSSER (J.)** |
| Hydrologie et climatologie | **GIBERTON (A.)** |
| Maladies infectieuses | **BASTIN (R.)** |
| Médecine | **AZERAD (E.)** |
| — | **BOUR (H.)** |
| — | **CAROLI (J.)** |
| — | **DREYFUS (B.)** |
| — | **GROSSIORD (A.)** |
| — | **LAMBLING (A.)** |
| — | **LAUNAY (Cl.)** |
| — | **PAYET (M.)** |
| — | **PERRAULT (M.)** |
| — | **SIGUIER (F.)** |
| — | **WORMS (R.)** |
| Néphrologie | **RICHET (G.)** |
| Neuro-chirurgie | **LE BEAU (J.)** |
| Neurologie | **LHERMITTE (F.)** |
| Neuro-psychiatrie | **PICHOT (P.)** |
| Oto-rhino-laryngologie | **MADURO (R.)** |

| | MM. |
|---|---|
| Pédiatrie | **POLONOVSKI (Cl.)** |
| — | **ROYER (P.)** |
| Pneumo-phtisiologie | **KREIS (B.)** |
| — | **MEYER (A.)** |
| Rhumatologie | **DELBARRE (F.)** |

II. — **PROFESSEURS SANS CHAIRE**

| | |
|---|---|
| Anatomie pathologie | **GOUYGOU (Ch.)** |
| Bactériologie | **CHRISTOL (D.)** |
| Biochimie médicale | **CARTIER (P.)** |
| — | **GONNARD (P.)** |
| — | **NORDMANN (J.)** |
| Biologie médicale | **HARTMANN (L.)** |
| Chirurgie | **CERBONNET (G.)** |
| Hématologie | **BILSKI-PASQUIER (G.)** |
| Maladies infectieuses | **DUPONT (V.)** |
| Neuro-psychiatrie | **TARDIEU (G.)** |
| Pédiatrie | **ROSSIER (A.)** |
| Physique médicale | **COURSAGET (J.)** |
| — | **GREMY (F.)** |
| Physiologie | **GIRARD (Fr.)** |
| Stomatologie | **CHAPUT (Mme A.)** |

III. — **PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES**

| | |
|---|---|
| Bactériologie | **HAUDUROY (P.), Pr. s. ch.** |
| Pathologie chirurgicale | **RUDLER (J.), Pr. s. ch.** |

IV. — **PROFESSEURS ASSOCIES**

| | |
|---|---|
| Hormonologie | **MORICARD (R.)** |
| Statistique médicale et épidémiologique | **SCHWARTZ (D.)** |

*Secrétaire général de la Faculté :* M. LENA (J.)

*Conseiller administratif :* M^lle^ CHAINTREUIL (G.)

*Conservateur en chef de la bibliothèque,*

*Conservateur du Musée de l'Histoire de la médecine :*
M. le Docteur HAHN (A.)

*Conservateurs :*
Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

*Bibliothécaires :*
Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni réprobation.*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523704_0050

A MA FEMME,

A Monsieur le Professeur L. Dérobert,

Professeur a la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,

*qui nous a fait le très grand honneur*
*de nous prendre comme élève*
*et de bien vouloir*
*accepter la présidence de cette thèse.*

*Nous lui exprimons tout notre respect*
*et notre reconnaissance.*

A Monsieur le Professeur Ch. Coury,

Professeur a la Faculté de Médecine de Paris,

Chevalier de la Légion d'honneur,

*qui nous a guidé dans l'élaboration de ce travail*
*et nous a aidé à trouver*
*la documentation nécessaire.*

*En témoignage de gratitude.*

A Monsieur le Docteur G. Fully,

Médecin Inspecteur général
de l'Administration pénitentiaire,

Officier de la Légion d'honneur,

*qui nous a proposé le sujet de cette thèse.*

*Nous lui sommes profondément reconnaissant*
*de l'aide bienveillante que nous avons reçue.*

A NOS MAITRES EN EXTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR L. DAVID,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. RISTELHUEBER,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. BROCARD,

MONSIEUR LE DOCTEUR G. SÉE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. POULET,

*en témoignage de reconnaissance*
*pour le précieux enseignement*
*qu'ils ont bien voulu nous dispenser.*

*Que soient également remerciés*
*pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué*
*au cours de nos études de médecine légale :*

Monsieur le Professeur E. Fournier,
Monsieur le Professeur A. Hadengue,

Monsieur le Professeur agrégé P. - F. Ceccaldi,
Monsieur le Professeur agrégé A. Dehouve,
Monsieur le Professeur agrégé M. Guéniot,
Monsieur le Professeur agrégé J. Proteau,

Monsieur le Docteur R. Le Breton,
Monsieur le Docteur R. Martin,
Madame le Docteur S. Schaub.

A Monsieur le Directeur
de l'Administration pénitentiaire,

*En témoignage de gratitude.*

# INTRODUCTION

*Nous pouvons appliquer à l'histoire de la médecine pénitentiaire ce que le professeur L. Dérobert écrivait de l'histoire de la médecine légale : elle "se confond avec celle de la médecine en général et celle de la justice, suivant l'une et l'autre dans leur évolution, leur perfectionnement et leurs vicissitudes".*

*Après les invasions barbares, le clerc devient l'unique détenteur de la connaissance, seul capable de conserver et de mettre en œuvre ce qui subsiste de la science profane. Aux termes des vieux programmes scolastiques, l'art de guérir embrasse les choses "naturelles" (anatomie, physiologie), "non naturelles" (hygiène, diététique) et "préternaturelles" (pathologie et thérapeutique). Les grands meneurs d'hommes que furent certains évêques ou fondateurs d'ordres possédaient un savoir étendu qu'ils exercèrent d'abord au profit de leurs disciples, réglant l'hygiène des communautés monastiques — l'usage des bains fut prescrit par le Concile d'Aix-la-Chapelle en 863 — la diététique, le jeûne, l'abstinence, les rations alimentaires, les saignées périodiques, etc. S'y adjoignent les secours prodigués dans les infirmeries aux clercs, aux serfs et aux artisans.*

*Mais, avec le temps, tout change. Le monopole didactique des écoles monastiques ou épiscopales est supplanté par celui de l'Université qui, tout en restant la fille aînée de l'Eglise, n'en acquiert pas moins, au regard de cette dernière, une certaine indépendance.*

*A l'exemple de Salerne et de Montpellier, de nombreuses écoles de médecine apparaissent à partir de 1250. La Faculté de Médecine de Paris est fondée en 1261-1268 (Dechambre). En 1452, lors de la réforme de l'Université de Paris, le cardinal d'Estouteville autorise les docteurs régents à prendre femme; privilège encore refusé aux philiâtres qui devaient jurer, pour devenir bacheliers, qu'ils n'étaient pas mariés. Mais cette interdiction fut levée en 1598. Ainsi s'affirmait la progressive laïcisation de la médecine.*

*Peu à peu, les conjonctures politiques, les guerres de religion, l'évolution sociale imposent aux facultés la sécularisation de leurs recrues. Le médecin laïc prédomine finalement sur le médecin clerc, qui ne sera bientôt plus qu'une exception. La Faculté ne dépend plus de l'Eglise : l'ordre légal s'est substitué à l'ordre canonique.*

*"La Renaissance a entraîné une véritable révolution libératrice dans l'histoire de la médecine et des médecins. Ses lendemains immédiats n'eurent toutefois pas l'éclat qu'on en pouvait attendre, et l'héritage a, dans une certaine mesure, déçu les espérances." (M. Bariéty et Ch. Coury.)*

*En fait, le passage de la médecine ancienne à la médecine moderne ne se fit qu'au début du XIX^e^ siècle. Ce fut, comme l'exprime Chauffard, l'effet d'une "mutation brusque".*

*La peine cessa d'être privée pour devenir publique à partir du moment où l'autorité fut constituée. Mais, le chef, le roi, détiennent l'autorité, le pouvoir de droit divin. Leur action pénale s'exerce avec vigueur pour tous les délits troublant l'ordre public ou religieux. Dans l'ancienne législation royale de France, le blasphème, l'athéisme, l'hérésie, le sacrilège, la magie, la sorcellerie, la démonomanie sont punis de la mort par le feu.*

*La cruauté du droit pénal de l'Ancien Régime est indéniable. Il semble difficile d'imaginer qu'au milieu de tous les supplices imposés dans un but d'expiation le médecin puisse intervenir pour soulager un malade. Pourtant, Louis XI, dont la légende perpétue le souvenir d'un roi cruel et retors, envoyait un médecin pour constater l'état de ses prisonniers. E. Dupont rapporte l'incident de captivité dont fut victime Simon de Quincey, page de Charles le Téméraire. Détenu au Mont-Saint-Michel, le prisonnier était enfermé dans une cage tellement petite que le malheureux y dépérissait. Louis XI ordonna, après le constat du médecin, de le délivrer des chaînes et d'élargir la charpente pour que Simon pût se tenir debout.*

*Dès le Moyen Age, la législation canonique réagit contre les excès de la force et de l'intimidation. Les peines canoniques sont plus humaines; la peine de mort n'existe pas. Les seules peines en vigueur sont la détention perpétuelle, l'internement à temps dans un monastère, les pénitences canoniques : pèlerinages, aumônes, excommunion. Elles sont individualisées et visent à l'amendement des coupables.*

*Le droit canon interdisait les effusions de sang au cours des tortures. Malheureusement, des abus se produisirent pendant l'Inquisition, et l'accusé moribond était abandonné au bras séculier. Un médecin ou un prêtre-médecin assistait probablement à "la question" afin de déterminer le moment où le malheureux changerait de bourreau.*

*Des hommes tentèrent d'améliorer le sort des détenus, et saint Vincent de Paul fut un exemple de charité; il incita ses fidèles à leur porter secours.*

*Par ailleurs, "il y a un fait trop peu remarqué dans les institutions de l'Eglise — a écrit Guizot dans son "Histoire de la civilisation*

*en Europe" (cité par J. Pinatel) — c'est son système pénitentiaire, système d'autant plus curieux à étudier qu'il est, quant aux principes et aux applications du droit pénal, presque complètement d'accord avec la philosophie moderne... Il est évident que le repentir et l'exemple sont le but d'une législation vraiment philosophique. N'est-ce pas au nom de ces principes que les publicistes les plus éclairés ont réclamé, de nos jours, la réforme de la législation pénale européenne?"*

*La période véritablement pénitentiaire du système de l'Eglise débuta à la fin du XVII^e siècle, avec Mabillon. Deux idées essentielles prédominaient : la préférence donnée au système de l'emprisonnement cellulaire de nuit et d'internement en commun de jour, et le travail, élément essentiel du régime pénitentiaire.*

*Les principes catholiques ont été repris et complétés par la Réforme, et ce mouvement fut prodigieusement accéléré à la fin du XVIII^e siècle par Howard.*

*Il fallut attendre les philosophes et les encyclopédistes pour qu'une critique sévère de la doctrine de l'intimidation soit effectuée. J.-J. Rousseau proclama l'affranchissement de l'individu et la nécessité de réduire l'omnipotence du pouvoir social; Beccaria critiqua vivement le système répressif de l'Ancien Régime et affirma que les peines ne peuvent dépasser, sans être injustes, les limites de la stricte nécessité de défense sociale (J. Pinatel). C'est à cette époque que le médecin apparaît officiellement dans les prisons.*

*Cette "mutation brusque" de la médecine et "le Code pénal de 1791 qui porte la marque du génie de Rousseau et de Beccaria" (J. Pinatel) devaient permettre à la médecine de prison de prendre place officiellement dans le système pénitentiaire français.*

*L'évolution chronologique de la médecine pénitentiaire est parallèle à celle du système pénitentiaire, à l'histoire des prisons et à celle de la médecine.*

*L'histoire de la médecine pénitentiaire comporte plusieurs étapes :*

— *La médecine pénitentiaire sous l'Ancien Régime ;*

— *De la Révolution à 1875 ;*

— *La médecine pénitentiaire et le régime cellulaire ;*

— *De 1875 à la Deuxième Guerre mondiale ;*

— *De 1945 à nos jours.*

*Cette division qui s'impose d'un point de vue strictement pénitentiaire correspond, par ailleurs, aux aspects et aux préoccupations particuliers de la médecine carcérale.*

*Ajoutons, pour délimiter le sujet, que la médecine des prisonniers de guerre ne sera pas étudiée dans ce travail.*

*Nous voudrions tout particulièrement remercier le R.P. Charles Monsch, bibliothécaire de la Maison de la Bonne Presse, de l'aide précieuse qu'il nous a apportée et de l'importante documentation qu'il a bien voulu mettre à notre disposition; M. G. Picca, chef du Bureau des études et programmes de l'Administration pénitentiaire, qui nous encouragea à entreprendre ce travail; M. X. Nicot, chef du Bureau de la détention de l'Administration pénitentiaire, pour son enseignement et les conseils qu'il nous prodigua.*

*Nous exprimons notre vive reconnaissance à M. Durand-Barthez, chef du Service des archives au ministère de la Justice, qui a bien voulu s'intéresser à ce travail et faciliter nos recherches; et au responsable de la Bibliothèque de la ville de Saint-Denis.*

CHAPITRE PREMIER

# LA MEDECINE PENITENTIAIRE SOUS L'ANCIEN REGIME

Dans l'ancienne législation royale de la France, la peine avait le caractère exclusif d'une mesure d'expiation et d'intimidation. La cruauté, l'arbitraire, l'inégalité la caractérisaient. La cruauté revêtait des formes diverses et variées : mutilations, supplices et tortures. L'arbitraire se manifestait sous deux formes : l'arbitraire du juge et l'arbitraire du roi. Enfin, l'inégalité était à la base de ce droit.

Les peines différaient selon la qualité du coupable, le rang de la victime ou de l'offensé. La vengeance privée des législations primitives avait fait place à l'idée de vengeance sociale que l'on trouve dans les dispositions de l'ordonnance criminelle de 1670.

L'ordonnance de Louis XIV, d'août 1670, constitue le dernier état de la législation criminelle antérieur à la révolution de 1789. Les seules peines permises (titre XXV, art. 13) sont : la peine de mort, la question avec réserve de preuves, les galères perpétuelles, le bannissement perpétuel, la question sans réserve de preuves, les galères à temps, le fouet, l'amende honorable, le bannissement temporaire et le blâme.

Outre ces peines principales, il en existait d'accessoires, telles que la flétrissure ou la marque, le carcan, le pilori, la claie, la confiscation ; et de plus légères, telles que l'amende pécuniaire, les dommages-intérêts, l'aumône, le pardon demandé à genoux, etc.

L'emprisonnement n'y figure pas. En effet, il n'était pas considéré comme une peine. Les prisons proprement dites n'étaient pas faites pour les condamnés, mais servaient de lieux de garde où l'on déposait passagèrement les prévenus avant leur jugement, et les condamnés avant leur supplice.

## I. — LES PRISONS

### LES DIFFERENTES PRISONS

Il existait alors plusieurs sortes de prisons :

*Les maisons de force et de correction* recevaient des individus, tantôt à la suite et pour l'exécution d'une condamnation, tantôt par ordre du roi ou par mesure administrative. En premier lieu, elles

remplaçaient les galères pour les femmes. Quand le roi commuait la peine de mort ou celle des galères en un emprisonnement perpétuel, le condamné subissait cette nouvelle peine dans les maisons de force. La police y envoyait les mendiants et les vagabonds. On y retenait les fous et les enfants mineurs en correction. Les hôpitaux tenaient assez souvent lieu de maison de force ou de correction. A. Desjardins rapporte cette lettre empruntée à la correspondance de Louis XIV :

« Chers et bien aimés,

« Nous avons été informés que la procédure a conduit à l'hôpital le sieur Duport de la Chiquetière, gentilhomme de la province d'Anjou, prévenu d'un crime énorme (1) qu'il est bon de cacher au public. Ainsi, n'ayant pas voulu que au procès lui fût fait comme il le méritoit, nous avons jugé plus à propos de le faire renfermer pour le reste de ses jours audit hôpital. »

*Les prisons d'Etat* recevaient les personnes contre lesquelles étaient délivrées des lettres de cachet. Certains châteaux forts servaient à cet usage ; au premier rang, il faut citer la Bastille.

Si les maisons de force et les prisons d'Etat ne dépendaient que du roi, il n'en allait pas de même des prisons ordinaires.

*Les prisons ordinaires* étaient dites seigneuriales. D'après l'ordonnance criminelle de 1670, les seigneurs hauts justiciers devaient avoir sur le territoire de leur seigneurie une prison solide et bien entretenue.

Les officialités (2) avaient aussi les leurs, pour les prévenus destinés à comparaître devant l'official ou le bailli.

Enfin, la détention des accusés dans *les maisons particulières* fut interdite par l'ordonnance de 1670 (titre X, art. 16). Elle l'avait été bien longtemps auparavant, mais les abus restaient nombreux et les détenus y étaient exposés à tous les dangers.

## L'ETAT DES PRISONS

L'état et le régime des prisons sous l'Ancien Régime, surtout à partir du règne de Louis XIV, firent l'objet de plaintes souvent justifiées.

Les prisons de cette époque se trouvaient dans un état déplorable, dont rendent compte des ouvrages datant pour la plupart du

(1) Inceste.

(2) Tribunal ecclésiastique.

début du XIXe siècle et certains articles parus dans le *Bulletin de la Société générale des prisons.*

Leurs caractéristiques étaient à peu près les mêmes, qu'elles soient situées en province ou à Paris.

Les installations défectueuses, les bâtiments vieux, souvent en partie démolis, la toiture en mauvais état, sans aucune restauration, facilitaient les évasions : « Les criminels s'évadent ou restent exposés à périr dans ce lieu de corruption. »

La prison de Quimper « est située dans un endroit où le soleil ne paraît jamais et où il règne tant d'humidité que la paille qu'on donne aux prisonniers y pourrit en très peu de temps, de sorte qu'ils sont presque toujours couchés sur le fumier » (A. Dupuy).

La nourriture était nettement insuffisante, les repas rarement distribués, le détenu n'avait droit qu'au pain du roi.

Les prisonniers étaient mélangés, qu'ils soient coupables, suspects ou innocents ; très souvent, les hommes, les femmes et les enfants étaient mêlés, ce qui engendrait certains désordres. Tout ce monde vivait dans une totale oisiveté et sous l'autorité d'un geôlier souvent cruel et intéressé, occupé à torturer et à dépouiller ceux que lui livrait le sort.

*La prison de Rennes,* la plus importante et la mieux équipée de Bretagne, était une véritable maison centrale. Elle possédait une infirmerie et une chapelle, rares dans les autres prisons de la province.

Par contre, chaque prison avait ses cachots, tous plus épouvantables les uns que les autres. « Il n'existe pas de cachots plus horribles et plus meurtriers que ceux de Brest », écrivait en 1786 l'évêque de Léon.

*Les prisons du Vieux Paris* étaient nombreuses, on en comptait quatorze : le Grand Châtelet, le Petit Châtelet, l'Abbaye, le Fort-l'Evêque, la Force, les Madelonnettes, la Bastille, la Tour du Temple, la Tour du Louvre, la Salpêtrière, Bicêtre, la Conciergerie, Sainte-Pélagie et Saint-Lazare. Les neuf premières avaient toutes disparu quelques années après la Révolution, et actuellement aucune ne subsiste. Certaines devinrent célèbres à divers titres : soit en raison du caractère horrible de leurs cachots, soit par les personnages célèbres qu'elles abritèrent.

Le Grand Châtelet exista plus de six cents ans et fut supprimé en 1790. Il a tenu une grande place dans l'histoire judiciaire de la France avant 1789 en tant que juridiction royale inférieure. Chargé de maintenir la sûreté de la capitale, il avait à se prononcer sur de nombreux différends, à contenir et à réprimer les agitations popu-

laires, à réglementer les corporations et les métiers, vérifier la sincérité des poids et mesures, déjouer les fraudes du commerce, et défendre les mineurs et les femmes mariées... Les magistrats étaient au nombre de cinquante-six, et auprès d'eux siégeaient quatre avocats du roi, un procureur du roi, les substituts, et de nombreux auxiliaires dont un médecin juré, un chirurgien juré, une sage-femme et soixante experts spéciaux.

Le Grand Châtelet était par ailleurs la prison des bourgeois, auxquels on mêlait quelquefois des malfaiteurs.

Toujours décrit comme une prison horrible, il était fait d'antres humides, aux murs visqueux et froids. Dans les pièces communes, les détenus s'entassaient dans une saleté repoussante.

Chaque cachot avait un nom. Le plus affreux — *la Fosse* — était un cachot souterrain, au sol couvert d'eau et aux murs ruisselant d'infiltrations venant de la Seine située au même niveau. On y descendait les prisonniers au moyen d'une poulie. L'endroit était si horrible que, même dans les temps les plus barbares, on hésitait à y jeter des criminels. En sept siècles, on n'y plongea que vingt individus qui ne survécurent pas plus de quinze jours.

Le Grand Châtelet avait aussi ses oubliettes : on jetait un homme comme on jette une pierre au fond d'un puits. Il y restait enfermé à jamais « dans la boue fétide, au milieu des cadavres pourrissants, perdu dans les profondeurs, crispant ses mains désespérées contre les murailles de granit » (P. Meunier). Les bâtiments furent détruits pierre à pierre de 1802 à 1810.

Le geôlier y était un personnage important qui menait très bien ses affaires. La geôle du Châtelet était affermée aux enchères et de ce fait très recherchée. Le geôlier percevait sur chaque détenu un droit variable de geôlage ; s'il n'était pas payé, il retenait le prisonnier par une sorte de contrainte par corps.

Les détenus pouvaient améliorer un peu leur sort. Quand un prisonnier demandait un lit, le droit de geôlage était beaucoup plus élevé que le droit ordinaire ; s'il ne se contentait pas du pain réglementaire et réclamait quelques vivres supplémentaires, le geôlier lui en fournissait et les lui faisait payer d'après un tarif fixé par le prévôt. Le prisonnier pouvait aussi, par mesure de faveur, être autorisé à faire venir ses repas d'une auberge voisine.

Le geôlier avait droit de surveillance générale ; il ne devait pas permettre aux prisonniers d'écrire, de jouer, de communiquer avec les personnes du dehors. Il servait d'intermédiaire entre les détenus et les gens charitables qui voulaient leur faire parvenir de l'argent,

des vivres, des dons quelconques, mais il ne les laissait pas pénétrer à l'intérieur de la prison.

Le prévôt avait la charge de la surveillance. Chaque semaine, il devait visiter ou faire visiter les détenus par son lieutenant et s'enquérir de la façon dont le geôlier les traitait. Chaque mois, deux conseillers du Parlement devaient également faire une visite et interroger les prisonniers. Mais ces mesures n'ont guère apporté d'amélioration.

L'état des autres prisons n'était guère plus satisfaisant.

Le Petit Châtelet détenait les étudiants et les écoliers révoltés ; à partir de 1550, il reçut des prisonniers pour dettes. Il fut rasé en 1782. La prison de l'archevêque de Paris, le Fort-l'Evêque, avait des cachots plus horribles qu'au Grand Châtelet et des geôliers plus impitoyables, « les prisonniers étaient attachés à la même chaîne, et ils étaient de plus retenus la nuit par un anneau, afin de ne pouvoir s'approcher ». Elle fut démolie en 1800. Le Temple dot sa célébrité à la captivité de Louis XVI. La prison des Madelonnettes recevait « les femmes de débauche », et les familles y envoyèrent leurs filles incorrigibles.

La Force était considérée comme la prison modèle de l'Ancien Régime, ce qui s'explique par le fait que cet ancien hôtel privé ne fut transformé en prison qu'en 1780. Elle comportait huit cours, dont quatre fort spacieuses, et était divisée en six départements. Dans le premier, se trouvaient les logements des employés et les services de la prison. Le deuxième abritait les pères de famille ne payant pas les mois de nourrice de leurs enfants, le troisième les débiteurs civils, le quatrième la généralité des détenus, le cinquième les femmes, et le sixième les mendiants et les vagabonds. Chaque département disposait d'une cour spéciale plantée d'arbres, avec une fontaine et un préau. Il y avait un réfectoire, un chauffoir et une infirmerie divisée en deux sections : celle des femmes et celle des hommes. Chaque prisonnier disposait d'un lit avec un matelas, un traversin et une couverture. Enfin, on fournissait aux détenus des vêtements et du linge.

La Tour du Louvre fut démolie en 1527. L'Abbaye, prison des moines de Saint-Germain-des-prés, fut cédée à l'Etat quand ceux-ci perdirent leur droit de justice au XVII[e] siècle. En 1792, elle fut le siège des massacres de septembre.

La Salpêtrière, achetée par Mazarin, servit de dépôt de mendicité. Cet hospice-prison était un enfer, et le resta jusqu'en 1802. A Bicêtre, construit par Richelieu, mendiants, malades et prisonniers étaient enfermés pêle-mêle. L'état de la Conciergerie ressemblait à

celui du Châtelet. Sainte-Pélagie et Saint-Lazare étaient des maisons de refuge pour filles repentantes.

De nombreux ouvrages ont été consacrés à l'étude historique de *la Bastille :* citons ceux de Frantz Funck-Brentano et de F. Bournon. *La Bastille,* de ce dernier, est particulièrement intéressant, car l'auteur s'est appliqué à réunir de nombreux documents sur les charges de la prison, assez ignorées jusqu'à cette époque, comme celles de l'ingénieur en chef, des chapelains, des confesseurs, du médecin et du chirurgien.

La construction de la Bastille fut décidée au XIV^e^ siècle pour assurer la défense orientale de Paris contre les Anglais. A cette époque, elle était à la fois forteresse et prison. En 1430, il est fait mention pour la première fois d'un geôlier préposé à la garde de la prison. C'est après le départ des Anglais, et surtout à dater du règne de Louis XI, que la Bastille perdit beaucoup de son caractère de château fort. Elle commença de devenir la prison d'Etat qu'elle devait être définitivement deux siècles plus tard. Louis XI y remplaça l'administration exclusivement militaire existant à l'origine par une administration de geôle. Le régime, vraisemblablement épouvantable, fut marqué par les célèbres cages de fer, sur lesquelles planent bien des légendes, pourtant moins dangereuses pour la santé que les cachots du Châtelet, puisque leur inventeur, Guillaume de Harancourt, évêque de Verdun, y fut détenu douze ans.

Après Louis XI, le régime de la prison devint moins rigoureux. Elle fut organisée administrativement. Le titre de gouverneur (choisi parmi les officiers de l'armée) se substitua à celui de capitaine. La Bastille figurait dans le budget de l'Etat, à côté de quelques châteaux royaux tels que le Louvre et Versailles, et les dépenses étaient toujours considérables.

Sous Louis XIV, la Bastille devint une prison d'Etat. De toutes les prisons d'alors, ce « château redoutable » était certainement la prison la moins cruelle, mais on y entrait arbitrairement, « d'ordre du roi », sans savoir quand on en sortirait. « La Bastille ne déshonorait pas : nul ne rougissait d'y avoir été, et beaucoup même en tiraient quelque vanité, s'estimant heureux d'avoir été jugés dignes de ses cachots, de préférence à ceux du Châtelet et de Bicêtre où l'on envoyait les vulgaires malfaiteurs. » (Bournon.)

Le traitement variait beaucoup d'une prison à l'autre et selon l'importance du personnage. La Bastille n'était pas, semble-t-il, trop rigoureuse aux gens de lettres pour qui elle s'ouvrait si souvent, du moins au commencement du XVIII^e^ siècle.

Mme de Staal raconte que pendant sa captivité « ce fut une distinction qu'on m'accorda de me faire entendre la messe des fêtes

et des dimanches ». « Il y avait plus de trois mois que j'étais dans cette paisible demeure, lorsque, sur la fin du Carême, le gouverneur me demande si je voulais faire mes pâques. Je m'informai s'il me serait permis d'avoir un confesseur à mon choix. On me dit que non, qu'il fallait se contenter du chapelain de la maison, ou ne se point confesser. » Le roi veut « laisser aux prisonniers de la Bastille la liberté de recevoir les sacrements de l'Eglise dans le temps de Pâques » (*Archives de la Bastille,* citées par Desjardins).

Par contre, Voltaire appelle la Bastille :

> Cet affreux château, palais de la vengeance,
> Qui renferme souvent le crime et l'innocence...
> (*Henriade,* ch. IX.)

Mais la manière dont il parle de sa propre incarcération ne montre pas qu'il ait eu de grandes souffrances à y supporter. Voltaire, détenu en 1717, à l'âge de vingt-trois ans, y resta une année et, en sortant, reçu du régent une pension de mille écus, ce qui lui donna l'occasion de faire un mot : « Je remercie Votre Altesse Royale de ce qu'elle veut bien se charger de ma nourriture, mais je la prie de ne plus se charger de mon logement. »

Seul Linguet, dans *Mémoires sur la Bastille,* en parle comme d'un lieu horrible. « Si ce n'est en enfer peut-être, il n'y a pas de supplices qui approchent de ceux de la Bastille. » Nous savons que Linguet exagérait beaucoup, mais toutefois ne manquait pas d'humour. Le dialogue de Linguet avec le barbier de la prison fait partie des « bons mots » de la Bastille :

« A qui ai-je l'honneur ?

— Je suis, Monsieur, le barbier de la Bastille.

— Eh, Monsieur, que ne la rasez-vous ! »

La « paisible demeure » dont parle Mme de Staal faisait exception, et le prisonnier n'attendait l'adoucissement de sa détention que de l'extérieur, à condition que le geôlier laisse sa porte ouverte aux personnes charitables, ce qui arrivait exceptionnellement.

L'Eglise recommandait de faire œuvre de charité et de miséricorde en secourant les prisonniers. Saint Vincent de Paul contribua à l'amélioration de leur sort. Sur sa demande, Louis XIII le nomma aumônier général des galères le 8 février 1619 et Philippe-Emmanuel de Gondi lui confia une vaste paroisse qui n'avait jamais eu de titulaire : le bagne et les galères. Il fonda la congrégation des Filles de la charité (1634) dont le règlement spécifiait notamment : « Elles auront soin de visiter les pauvres prisonniers pour leur faire quelque

aumône, les consoler et les faire changer de chemise tous les dimanches. »

Les secours matériels revêtaient des formes diverses : pain, beurre, viande, soupe, meubles, linge et vêtements.

On raconte qu'Anne d'Autriche, déguisée en suivante, se rendit quelquefois dans les prisons.

Le pouvoir royal avait également conscience de cette situation fâcheuse.

*L'ordonnance de 1560,* article 55, porte : « Enjoignons à tous hauts-justiciers d'avoir prisons seures, lesquelles, d'autant qu'elles ne doivent servir que pour la garde des prisonniers, nous défendons être faites plus basses que le rez-de-chaussée, c'est-à-dire le sol de l'étage. » (Code des prisons, t. 1er, p. 1.)

*L'ordonnance criminelle de 1670* contenait, au titre XIII : « Article premier. Voulons que les prisons soient saines et disposées en sorte que la santé des prisonniers n'en puisse être incommodée. »

Les articles suivants concernaient les droits et les devoirs des geôliers et des greffiers.

Les juges faisaient ce qu'ils pouvaient. En 1669, un geôlier fut condamné par le parlement de Paris à être pendu pour avoir laissé mourir un de ceux qui étaient sous sa garde, sans l'avoir assisté. Ceux qui ne maintenaient pas la séparation des sexes couraient un grand risque : « Si une femme prisonnière devenoit grosse, dit Du Rousseaud de La Combe, et qu'il n'y auroit point de preuve qui en seroit l'auteur, ils en seroient présumés coupables, s'il n'y avoit preuve évidente et incontestable du contraire, ce qui seroit un crime capital par rapport à eux, quand même la prisonnière ne seroit pas bien famée. »

Mais ni les ordonnances des rois, ni les instructions des ministres, ni les arrêts de la magistrature n'avaient pu corriger les abus. En 1777, Voltaire dénonce le triste état des prisons : « On se plaint que la plupart des geôles en Europe soient des cloaques d'infection, qui répandent les maladies et la mort, non seulement dans leur enceinte, mais dans le voisinage. Le jour y manque, l'air n'y circule point. Les détenus ne s'entrecommuniquent que des exhalaisons empestées. Ils éprouvent un supplice cruel avant d'être jugés. »

Le 30 août 1780, Louis XVI signe, sur la proposition de Necker, une déclaration pour l'amélioration des prisons.

L'ordonnance de 1560 interdisant les cachots — ils subsistèrent bien après la Révolution — ne fut pas appliquée, et celle de 1670 tendant à préserver la santé des prisonniers n'eut guère plus de succès.

## II. — LA SITUATION SANITAIRE

L'état des prisons, tel qu'il apparaissait, ne pouvait qu'avoir un retentissement fâcheux sur la santé des détenus. Cette influence était variable. On mourait après quelques jours dans « la Fosse » du Châtelet ; par contre, on vivait à peu près normalement à la Bastille.

Au XVIII[e] siècle, le sénéchal Tuault disait de la prison de Ploërmel : « La puanteur, la maladie et la mort sont enracinées dans un réduit trop étroit de la prison. Tout accusé ou débiteur qui y entre est à peu près sûr d'être sous quinze jours attaqué par la fièvre maligne, qui en a fait périr plusieurs, entre autres toute la famille du concierge... » C'est dire combien le lieu était malsain, puisque « le chirurgien, le curé, les garde-malades, tout ce qui approchait des prisonniers dans le fort de la crise a eu la fièvre maligne ».

Par contre, M. d'Argenson écrivait en 1712 à Mme de Maintenon : « A l'égard de ceux qui sont à la Bastille, à Charenton, à Saint-Lazare par ordre de Sa Majesté, je puis et je dois vous assurer qu'ils n'ont rien à souhaiter pour la nourriture et pour le vêtement... Je sais même, par les fréquentes visites que j'y fais, qu'à la moindre maladie on leur donne tous les secours spirituels et corporels qui conviennent à leur état. » Ce passage n'est nullement exagéré, car Mirabeau révèle dans *Des lettres de cachets :* « Je dois dire que l'assertion de M. d'Argenson, relativement aux secours spirituels et temporels dans les maladies, est très exacte. »

Mais la Bastille était l'exception. Nous avons peu de renseignements sur l'état sanitaire des prisons avant la Révolution, mais il semble bien difficile d'imaginer des conditions de vie favorables à la santé.

### L'ALIMENTATION

Les mesures d'hygiène étant insuffisantes, la nourriture prenait une place importante dans le maintien de la santé du prisonnier. Les juges réglaient les droits appartenant aux geôliers, greffiers, guichetiers, pour les vivres, les denrées... (Ordonn. crim. titre XIII, art. 11.) Ainsi, les geôliers étaient autorisés à vendre des vivres aux détenus qui avaient les moyens de se nourrir à leurs frais. Quand les détenus ne le pouvaient pas, ils étaient nourris aux frais du roi ou des seigneurs. Dans les ordonnances de Charles VIII, de 1485, de François I[er], de 1525, et de Henri II, de 1585, il est dit que « le geôlier sera tenu de bailler et de livrer, à ses dépens (sauf son remboursement par le roi ou les seigneurs), pain et eau, aux prisonniers qui n'auront pas de quoi vivre... » (Code des prisons, t. I[er], p. 4).

Le prisonnier était au pain du roi, mais la qualité et la quantité dépendaient en dernier ressort du geôlier. La nourriture était très insuffisante.

Dans les prisons de femmes de Nancy, avant la Révolution, les repas, pris en silence, comprenaient une gamelle de riz — 40 grammes par jour — trois fois par semaine, et 60 grammes de pois, fèves ou haricots les autres jours. Le dimanche seulement, un quarteron de viande et une livre et demie de pain fait avec trois quarts de farines bises et un quart de seigle sans son.

En 1776, chaque prisonnier adulte de la prison de Rennes recevait 24 onces (1) de pain bis et une pinte (2) de soupe de légumes par jour, et chaque enfant 16 onces seulement de pain et une demi-ration de potage (Toulmouche).

A la Force, la prison modèle de la fin de l'Ancien Régime, la nourriture était plus substantielle. Elle se composait d'une livre et demie de pain, d'une portion de viande et de légumes.

Le dernier règlement de la Bastille de 1750 comportait le service de table qui fut ainsi ordonné :

*Service du maître d'hôtel* (1750)

| | LE MATIN | LE SOIR |
|---|---|---|
| Dimanche | *Petit pâté* | *Langue de bœuf en ragoût ou foix de veau piqué ou lardé* |
| Lundy | *Collet de mouton* | *Ragoût de veau ou de mouton* |
| Mardy | *Petit salé* | *Ragoût de mouton ou de veau* |
| Mercredy | *Tourte* | *Bœuf à la mode* |
| Jeudy | *Collet de veau ou de mouton* | *Poulet, volaille, gibier, pigeons ou ragoût* |
| Vendredy | *Maigre ordinairement* | |
| Samedy | *Saucisses* (quand on fait gras) | *Ragoût de veau ou de mouton* |

« OBSERVATION. Quand le roty est en mouton, l'autre est en veau. *Idem*, quand le roty est en veau, l'autre est en mouton. Le mercredy, jour de bœuf à la mode, le roty est en veau. L'intention de M. le Gouverneur est que tout soit pour le mieux. »

Il ne s'agissait là que du plat principal de chaque repas.

(1) Seizième partie de l'ancienne livre, soit 30,59 g.

(2) 93 centilitres.

Bournon rapporte un passage d'un « ouvrage malintentionné », dit-il, car il est inspiré surtout de Linguet: *les Remarques historiques et Anecdotes sur la Bastille.* L'auteur, non cité, connaissait bien la Bastille, et beaucoup de ses observations sont d'un homme qui y a vécu, moins en prisonnier qu'en fonctionnaire ; on remarquera combien des commentaires malveillants peuvent dénaturer une information relativement exacte :

« ... Le dimanche à dîner, une soupe de bouillon de corps de garde, une tranche de vache bouillie et deux petits pâtés dont la cuisson n'est pas assez soignée pour qu'ils puissent être bons; le soir, une tranche de rôti, veau ou mouton, un petit haricot où les navets abondent, et une salade. L'huile est ordinairement de la plus mauvaise qualité; elle fait soulever le cœur et seroit tout au plus bonne pour les réverbères. Tous les soupers en gras sont uniformes.

« Le lundi, au lieu des petits pâtés, à midi, ce sont deux côtelettes ou un haricot.

« Le mardi, une saucisse, ou un pied de cochon, ou une légère grillade de porc prétendu frais.

« Le mercredi, une petite tourte dont le dessus est rempli de restes de cuisine et dont le dessous est presque toujours brûlé ou à moitié cuit.

« Le jeudi, des tripes en ragoût, ou quelques vieilles bribes de volailles qu'on ne pourroit pas garder jusqu'au dimanche suivant.

« Le vendredi, à dîner, une petite carpe frite, de la raie puante, de la morue ou quelque friture desséchée, accompagnée d'un plat d'œufs. A souper, des épinars, ou autres légumes, et deux œufs à la coque.

« Le samedi, la répétition de la veille, et le cercle invariable recommence le lendemain sans aucun changement pendant les cinquante-deux semaines qui composent l'année...

« Chaque prisonnier a, par jour, une livre de pain et une bouteille de vin qui, comme nous l'avons observé plus haut, est toujours mauvais et aussi aigre que du vinaigre. Le dessert consiste en une pomme qui, certes, n'est pas choisie, quelques amandes ou raisins secs, semés légèrement sur le fond d'une assiette. Rarement y a-t-on des cerises dans la saison ou des groseilles; cela seroit beaucoup trop délicat. »

Les mauvaises conditions d'hygiène, la nourriture insuffisante dans la plupart des prisons, tant en quantité qu'en qualité, rendaient les prisonniers très vulnérables.

## LES EPIDEMIES

Les prisons étaient constamment décimées par d'effroyables épidémies. La peste sévit au Châtelet de nombreuses fois. Le terme de peste était employé dans le sens général de fléau, et non pour désigner la maladie particulière que nous connaissons maintenant. Il est

probable qu'il s'agissait d'épidémies de fièvre maligne alors fréquentes. Cette fièvre — qu'on appela plus tard la fièvre des prisons — était le typhus exanthématique.

Dupuy rapporte quelques récits d'épidémies trouvés dans les archives d'Ille-et-Vilaine. En 1768, une maladie contagieuse se déclara dans la prison de Rennes ; en quelques jours, trente prisonniers moururent. Une autre épidémie tout aussi meurtrière atteignit la même prison en 1786. Et, en 1787, la prison de Lorient fut le siège d'une épidémie encore plus grave. Elle enleva rapidement le tiers des détenus, atteignit le reste de la prison et se répandit dans les maisons voisines. Sur les instances de l'intendant Bertrand de Molleville, on assainit la prison, on transporta les malades à l'hôpital et on improvisa une infirmerie.

Les mesures prises contre la maladie, les épidémies, étaient certes proportionnelles aux connaissances médicales de l'époque, mais dépendaient surtout des personnes qui avaient la charge de la prison.

## III. — L'ORGANISATION SANITAIRE

Il semble que l'*hôpital des forçats de Marseille* ait été le premier établissement de soins. Commencé en 1618, à la demande de saint Vincent de Paul, l'établissement resta inachevé. Le chevalier de La Coste reprit le projet, mais le manque de crédits ne permit pas de le terminer.

Gaspard de Simiane de La Coste écrivait à saint Vincent de Paul, à propos de cet hôpital :

« *Marseille*, 1645

« Je vous écris pour vous faire savoir le progrès de l'hôpital, à l'établissement duquel vous avez tant contribué. Vous aurez appris par ma dernière comme, après beaucoup de résistance, par l'aide de Notre-Seigneur, on nous a donné des malades des galères. Certes, je ne vous saurais exprimer la joie que reçoivent ces pauvres forçats lorsqu'ils se voient transportés de cet enfer dans l'hôpital, qu'ils appellent un paradis. A l'entrée seulement, on les voit guérir de la moitié de leur mal, parce qu'on les décharge de la vermine dont ils viennent couverts, on leur lave les pieds, puis on les porte dans un lit un peu plus mol que le bois sur lequel ils ont accoutumé de coucher. Et ils sont tous ravis de se voir couchés, servis et traités avec un peu plus de charité que dans les galères où nous avons renvoyé grand nombre de convalescents qui y fussent morts... »

L'organisation sanitaire des prisons n'apparut que vers la seconde moitié du XVII[e] siècle. Encore l'infirmerie n'était-elle qu'un refuge où le prisonnier bénéficiait de quelque confort (paille fraîche ou lit),

d'une nourriture plus abondante et des soins prodigués par des religieuses ; mais pouvait-il consulter un médecin ?

L'article premier du titre V de l'ordonnance criminelle de 1670 permet aux blessés « de se faire visiter par des médecins et des chirurgiens qui affirment leur rapport véritable ». De plus, les juges peuvent ordonner la visite d'un médecin ou d'un chirurgien nommé d'office.

En 1674, *un médecin juré, un chirurgien juré* et une sage-femme font partie de l'importante liste des personnes qui siégeaient auprès des cinquante-six magistrats du Châtelet. Un édit de février 1692 généralise les professions de chirurgien juré et de médecin juré dans tout le royaume. Cet édit porte création de deux chirurgiens jurés dans chacune des grandes villes, d'un chirurgien juré dans les autres villes du royaume, et d'un médecin juré ordinaire du roi dans chaque ressort.

Depuis l'ordonnance de 1670, le médecin juré était à la fois auxiliaire de la justice (médecin expert) et médecin traitant.

Desmaze, parlant du rapport des médecins, montre ce double rôle:

> « Le rapport des médecins et des chirurgiens doit contenir le nombre et la quantité de blessures, leur profondeur, longueur, largeur, si elles sont mortelles ou non, en quel endroit du corps elles sont, avec quelle sorte d'arme ou instrument elles ont été faites, si le blessé en sera estropié, s'il sera obligé de garder le lit ou la chambre et combien de temps, quelles sortes de remèdes lui sont propres, quel régime il doit suivre, et dans quel temps on pense qu'il pourra être guéri. »

A *la prison de Rennes*, trois personnages étaient présents aux côté du geôlier : le chapelain, l'apothicaire et le chirurgien, mais n'avaient aucune autorité administrative. Un arrêt du conseil du 3 août 1684 attribuait au chapelain un logement dans la prison et 75 livres à titre de gages, le chirurgien et l'apothicaire recevant chacun 75 livres (*Les Prisons de Bretagne* au XVIII^e^ siècle, A. Dupuy).

Les infirmeries de prison étaient rares. Seules des prisons importantes, comme celles de Rennes, de Nantes, de Vannes, ou reconstruites aux approches de la Révolution, comme celles de Lesneven et de Saint-Brieuc pour la Bretagne, en possédaient une.

Elles ne subsistaient que grâce au zèle et aux aumônes des personnes charitables qui les fondaient, car l'administration n'y prenait nullement part.

Quand l'infirmerie de la prison de Rennes — l'une des seules à être bien tenue — brûla en 1740, les sœurs et le chirurgien réclamèrent les secours de l'Etat pour remplacer le linge et le mobilier détruits. Le contrôleur général leur refusa toute indemnité. « Il ne

paraît pas, leur dit-il, que les meubles de l'infirmerie des prisons aient jamais été entretenus aux dépens du Domaine, et cela ne se pratique même dans aucune prison royale. »

En 1776, cette même prison possédait trois infirmeries pour chaque département (hommes et femmes). Toulmouche, qui y fut médecin après 1830, « présume que la position malsaine de la maison et une population trop pressée y entretenaient toujours un grand nombre de malades ».

Avant la Révolution, *les prisons de femmes à Nancy* constituèrent l'exemple privilégié d'une organisation sanitaire.

Les magistrats de la ville élaborèrent un plan d'ensemble visant tout à la fois la répression pénale de la prostitution, le traitement médical des filles infectées et le relèvement moral de ces libertines. Le projet de répression de l'Hôtel de Ville, du 31 août 1754, décida de créer une maison de force où les libertines seraient enfermées séparément, nourries au pain et à l'eau, couchées sur la paille et obligées de piler le ciment.

La Cimenterie, comme on l'appela, avait son infirmerie de vénériennes sur laquelle s'ouvraient quatre petites loges où l'on enfermait les malades en traitement, strictement isolées de leurs compagnes saines. A côté de l'infirmerie se trouvait un vaste bûcher, indispensable à une époque où sudation et bains chauds étaient à la base du traitement. On aménagea aussi une infirmerie pour les malades ordinaires et les femmes enceintes.

La maison prit le nom de Renfermerie, car on n'y pilait guère le ciment.

Le chirurgien Piérot fut chargé du service médical ; stipendié de la ville, aux appointements de 150 livres, il prodigua ses soins avec beaucoup de conscience et d'humanité.

Il proposa, à la demande de la ville, un projet d'organisation du service médical :

> « *Projet pour le traitement des filles infectées de vérole actuellement détenues à la Cimenterie.*
>
> « Cette maison a deux grands corridors. Le premier renferme les filles saines, le second, qui est le plus élevé et par conséquent le plus aéré, renferme celles qui sont infectées et elles sont au nombre de seize dans le cas de passer par les grands remèdes.
>
> « Comme la salle qui est au rez-de-chaussée et qui est la seule convenable pour le four, parce qu'il y a une cheminée, ne peut contenir que quatre lits, on ne pourra passer par les remèdes que huit filles à la fois.
>
> « Monsieur le Lieutenant général de police et Messieurs du conseil ont déjà pourvu aux choses essentielles qui sont les cuves pour les bains,

les huit lits qui sont garnis de leurs paillasses, matelas, draps et couvertes; les médicaments qui sont fournis alternativement par deux apothicaires et, enfin, la salle qui est convenablement arrangée et garnie d'un fourneau avec un cadenas.

« Il ne reste plus maintenant, pour commencer incessamment la cure, que de prendre des arrangements et statuer sur les articles suivants, savoir : les aliments, le chauffage de la salle, la fourniture des bas de toile et des linges nécessaires aux pansements et leur blanchissage.

« Une seule personne peut se charger de ces trois articles et le concierge est celui qui paraît le plus propre à cet effet.

« Le temps qu'il faut passer par les grands remèdes est ordinairement de quarante jours, pendant lequel temps les malades doivent être alimentées convenablement à leur état, et voici en quoi consistent ces aliments : du bouillon, du bouilli, du pain, des panades, du lait, des œufs frais, du vin.

« Mais le chirurgien qui voit et qui traite chaque jour les malades réglera les aliments, les diversifiera et les diminuera ou augmentera selon les forces, l'âge, le tempérament de la malade et suivant l'action du mercure.

« Aussi il doit y avoir tous les jours : 1) un pot-ou-feu pour donner plusieurs fois du bouillon, des soupes, des panades, du bouilli; 2) une certaine quantité de lait et d'œufs; 3) une certaine quantité de pain et de vin, et ce afin de satisfaire aux différentes indications qu'il y aura à remplir. »

Le projet fut accepté sans modification le 15 juillet 1756. Le traitement long et compliqué (administration de médecines, sudation, bains, frictions avec l'onguent mercuriel) nécessitait une surveillance et des soins assidus.

Le chirurgien Piérot faisait l'avance des médicaments et était remboursé ensuite.

« *Mémoire des médicaments fournis pour les six filles libertines qui ont passé par les remèdes au mois d'avril 1760 :*

| | | |
|---|---|---|
| 1 — | Pour 18 médecines ..... | 18 livres |
| 2 — | La tisane ..... | 10 livres |
| 3 — | La pommade et les onguents ..... | 3 livres |
| 4 — | Les opiates et les pilules ..... | 8 livres |
| 5 — | Le mercure pour les frictions ..... | 24 livres |
| 6 — | Pour les bas de toile fournis et pour de l'argent avancé lors de leur sortie ..... | 7 livres |

PIÉROT,

*Chirurgien stipendié*
*et Chirurgien major des hôpitaux bourgeois.* »

En 1770, « la Tonderie » (ou hôtel des Poux) fut ouverte à Nancy. Ce dépôt de mendicité devait son nom au fait que les détenus y étaient tondus et rasés dès leur arrivée.

Hommes et femmes cohabitaient dans des salles insalubres et inconfortables, malgré de nombreuses protestations émanant en particulier des médecins.

La Tonderie possédait plusieurs infirmeries, dont une réservée aux fiévreuses et une autre aux vénériennes.

Un médecin et un chirurgien passaient deux fois par jour, le premier à 7 heures et à 16 heures, le second à 6 heures et à 15 heures.

Le médecin inscrivait sur un registre le nombre, le nom, l'état de ses malades, les rations alimentaires, les remèdes et le traitement de chacun. En outre, il faisait tous les deux jours une visite générale de tous les malades du dépôt. Il pouvait s'entourer d'élèves, et répondait de leur conduite.

L'intendant de Lorraine fit appel au chirurgien Piérot, auquel succédèrent après sa mort Paulet (1774-1785), Durand (1785-1792), puis Miquel.

Sirjean puis Nicolas y furent médecins.

*A Paris,* l'infirmerie de la Force comprenait une section pour les hommes et une pour les femmes.

La prison de Bicêtre possédait une infirmerie générale et une pour les malades atteints de scorbut.

A la suite de la déclaration du 30 août 1780 — faite sur la proposition de Necker et demandant la création d'infirmeries dans les prisons — la Conciergerie fut dotée de nouvelles infirmeries spacieuses et aérées où chaque malade disposait d'un lit.

## L'ORGANISATION SANITAIRE DE LA BASTILLE

Elle constituait un cas particulier, ce qui valut à cette prison le qualificatif de « Bastille Hôpital » que lui donna Funck-Brentano.

La charge de chirurgien de la Bastille existait avant 1670, puisque M. de Besmaux, gouverneur de 1658 à 1697, devait déjà entretenir un chapelain et un chirurgien (alors son propre valet de chambre). Celle d'apothicaire fut créée le 17 février 1647.

### *Le médecin*

*Le premier médecin de la Bastille* dont nous trouvions mention s'appelait Vezon. Son nom et celui de son fils comme survivancier

figurent dans le budget détaillé de la Bastille, se trouvant pour la première fois dans l'état de la France de 1687 :

| | |
|---|---|
| « A soixante hommes de guerre... par mois ..... | 1 075 livres |
| Au gouverneur, aussi par mois ..... | 100 livres |
| Au lieutenant ..... | 100 livres |
| Au chapelain ..... | 30 livres |
| Au médecin, M. Vezon, et son fils en survivance ..... | 200 livres |
| A l'apothicaire Guillaume Colomes ..... | 50 livres |
| Au chirurgien ..... | 30 livres |
| Pour le bois et la chandelle du corps de garde ..... | 150 livres » |

La Bastille posséda très tôt un service médical comprenant un médecin, un chirurgien et un apothicaire. Le chirurgien résidait au château et pouvait ainsi porter les premiers secours aux prisonniers malades. Par contre, le médecin, qui avait le titre de « médecin du Roi et de la Bastille », partageait son temps entre la cour, Paris et le château, ce qui lui en laissait peu pour ce dernier. Aussi, les plaintes étaient-elles nombreuses. Linguet, dans ses mémoires, y ajouta les siennes. Il fallait prévoir un remplaçant.

Le 3 mars 1699, le ministre informa Saint-Mars (gouverneur de la Bastille de 1698 à 1708) que le sieur Alliot (« médecin du Roy et de la Bastille ») étant appelé à Versailles auprès de la marquise de la Vallière, il devrait en cas de besoin envoyer chercher le sieur Maurin, médecin, logeant à Saint-Victor.

Un état datant de la fin du gouvernement de Saint-Mars mentionne M. Fresquières comme successeur probable de M. Alliot.

Nous en extrayons certains éléments :

| | |
|---|---|
| « Au gouverneur ..... | 600 livres |
| Au chapelain — C'est M. le Gouverneur qui touche .. | 180 livres |
| M. Fresquières — Au médecin ..... | 1 200 livres |
| M. Faussières — A l'apothicaire ..... | 300 livres |
| Au chirurgien — M. le Gouverneur touche ..... | 180 livres » |

L'émolument du médecin était important ; il le touchait directement alors que le gouverneur avait à sa charge le chapelain et le chirurgien.

Nous trouvons ensuite un brevet de médecin, daté du 22 novembre 1712, au nom du « sieur Herment, médecin ordinaire des écuries du Roi » pour voir les malades en l'absence du sieur de La Carlière que le roi entend toujours garder comme médecin ordinaire du château, mais que sa charge auprès du duc de Berry

retient souvent. L'Etat de la France de 1712 indique en effet le sieur Nicolas Brunel de La Carlière comme médecin de la Bastille. Ensuite apparaît le sieur Royer, mort en 1768, puis Delon de Lassaigne jusqu'en 1789, date de sa mort.

L'*Almanach royal* de 1789 contenait les indications suivantes :

*« Gouvernement du château royal de la Bastille en 1789 :*

1776 — M. le marquis de Launey, capitaine gouverneur ;

1785 — M. le chevalier du Puget, lieutenant du roi ;

.....

1768 — M. Delon de Lassaigne, médecin du roi, rue des Marais, faubourg Saint-Germain ;

1787 — M. Hurel, chirurgien-major ;

1786 — Mme Choppin, maîtresse sage-femme, rue du Dauphin. »

(L'année figurant devant le nom est celle de la nomination.)

Au moment de la prise de la Bastille, le sieur Hurel en était le chirurgien et « le sieur Read, médecin de la faculté de Montpellier et ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Metz » avait succédé le 18 janvier 1789 à Delon de Lassaigne.

L'optimisme de M. Funck-Brentano sur la « Bastille Hôpital » n'est pas partagé par M. Bournon. On ne laissait pas volontairement mourir un prisonnier sans lui porter secours. Mais il n'en est pas moins vrai que le médecin du château, le meilleur de Paris, demeurait fort loin. De plus, si un détenu tombait subitement malade la nuit, l'épaisseur des murs et des portes étouffait ses appels. Plusieurs prisonniers furent ainsi trouvés morts au matin dans leur cellule, ce que redoutait particulièrement le gouverneur en raison du mauvais effet produit au dehors. Aussi le major devait-il adresser chaque jour au lieutenant de police un bulletin de santé des prisonniers.

Le 6 octobre 1766, Chevalier écrivait : « Vous m'avez demandé des nouvelles du nommé Adam, à quoy j'ai eu l'honneur de vous répondre que ce prisonnier allait de mal en pis, et cela est vrai, parce qu'habituellement il crie si fort dans sa chambre, en se désespérant, que l'on l'entend de partout dans le château, et même jusque sur la place de la Bastille. Ce misérable a le cerveau vuide parce qu'il ne prend rien, de plus, parce qu'il rend toute sa nourriture de même que la Brison ; son estomac ne pouvant rien garder, il le rend tout de suite malgré lui et avec des efforts qui font beaucoup de peine à entendre et encore plus à voir. Je me crois obligé de vous rendre compte de tout cela pour que Monsieur prenne un party pour ce prisonnier, seul moyen d'éviter quelques scennes ou fin tragique... » Adam fut mis en liberté le surlendemain ; il se croyait perdu et a encore « beaucoup gemi et sangloté ».

Les prisonniers de marque bénéficiaient d'attentions particulières même lorsqu'ils étaient condamnés à mort, comme l'infortuné Lally-Tollendal, le dernier qui ait quitté la Bastille pour monter à l'échafaud. Le 14 novembre 1765, le ministre adressait à Jumilhac la lettre suivante : « Je vous prie, Monsieur, de vouloir bien me marquer en quel état est Monsieur de Lailly, et si sa santé exige qu'il voye un autre médecin que celuy qui prend ordinairement soin des prisonniers qui sont à la Bastille. On ne peut être plus parfaitement, etc. »

Un très grand nombre de prisonniers moururent à la Bastille. La sortie du prisonnier mort était fort discrète. Elle s'effectuait la nuit, de façon à ne pas attirer l'attention.

### *Le chirurgien*

*Le chirurgien* se situait hiérarchiquement après le médecin. Bourdon en parlait en ces termes : « A la différence du médecin, il résidait au château et ne devait s'en absenter qu'après avoir prévenu le gouverneur et indiqué le lieu où l'on pourrait aller le chercher en cas d'urgence. Raser et saigner étaient son principal emploi, comme, au reste, celui de tous les chirurgiens d'alors, car la connaissance plus délicate de la thérapeutique n'appartenait qu'au seul médecin. Bien que faisant partie de l'état-major, le chirurgien n'avait, de par ses fonctions, aucune autorité. Il ne pouvait causer avec les prisonniers qu'au sujet « de leurs infirmitez », et toujours en présence d'un des officiers, voire même d'un porte-clefs. Il devait même ignorer leur nom et ne les désigner, dans ses rapports, qu'en ces termes, donnés pour exemple : « La calotte de la Bazinière a craché le sang », ou : « La troisième Comté a eu des tranchées toute la nuit, d'un cours de ventre. » Une grande prudence lui était recommandée, et notamment à propos des rasoirs, qu'il lui fallait mettre toujours hors de la portée du prisonnier. Parfois un chirurgien consultant était appelé du dehors pour des opérations difficiles, ce qui laisse entendre que celui de la Bastille n'était pas choisi parmi les plus habiles praticiens, et en effet la charge n'était pas très enviable. »

Le traitement du chirurgien était bien inférieur à celui du médecin ; le sieur Hurel recevait 1 200 livres d'appointements augmentés, il est vrai, du produit de la vente des médicaments. En 1781, le profit ainsi réalisé pendant les années précédentes parut excessif au ministre. Il décida d'instituer une réglementation et adressa à M. de Launey la lettre suivante :

« 25 janvier 1781

« Vous trouverez ci-joint, M., un relevé que j'ai fait faire des memoires de medicamens fournis tant aux officiers et bas-officiers qu'aux prisonniers de la Bastille, pendant les années 1778 et 1779, et les six

premiers (mois) de 1780. Je vous avoue que cette depense me paroit excessive, eu egard au petit nombre de prisonniers qu'il y a eu dans ce château, et je ne puis me persuader qu'il n'y ait pas quelques abus dans cette partie. Je vous prie de vouloir bien tâcher de les decouvrir et de me marquer quels moyens on pouroit employer, soit pour diminuer le montant de ce qu'il y a à payer, soit pour s'assurer par la suite, d'une manière exacte, de ce qui aura véritablement été fourni. »

ainsi qu'une autre au lieutenant général de police concernant les chirurgiens de la Bastille et de Vincennes :

« 19 juillet 1781

« J'ai, M., l'honneur de vous renvoyer toutes les feuilles que vous m'avez remises, il y a quelques jours, au sujet des états de medicamens des chirurgiens de la Bastille et de Vincennes. J'ai reconnu qu'il s'étoit glissé dans cette partie des abus bien reprehensibles, et que les arrangemens que vous proposés à l'avenir sont très judicieux. J'ai, en consequence, approuvé chacune de ces feuilles et je vous prie de vouloir bien tenir exactement la main à l'execution. Je vais, d'ailleurs, rendre les ordonnances necessaires pour le payement des années 1778, 1779 et 1780 sur le pied de 2 600 livres par an pour le chirurgien de la Bastille, et de 2 000 livres par an pour celui de Vincennes. Vous pouvés prevenir l'un et l'autre que ces ordonnances vont, suivant l'usage, être envoyées en finances où ils en solliciteront le payement. Je vous prie d'observer en même tems au chirurgien de la Bastille que son ordonnance pour 1778 n'est que de 940 livres, attendu qu'il a reçu ou dû recevoir 1 660 livres dans l'ordonnance à lui expédiée pour les trois premiers mois de la même année. »

Le chirurgien bénéficiait d'un autre privilège lucratif : « le droit des muids de vin ». Le gouverneur, le lieutenant du roi et le chirurgien se partageaient ce privilège qui leur permettait de faire rentrer des pièces de vin franches de tous droits et de les vendre avec quelques bénéfices.

Le premier chirurgien que nous connaissions s'appelait Arreil. Son nom reste attaché au plus célèbre de tous les prisonniers de la Bastille, ou tout au moins au plus énigmatique, « l'Homme au Masque de fer ». Arreil signa le « registre mortuel » le 19 novembre 1703, jour de la mort du fameux personnage. Le nom de Marchiergues figure sur le registre.

Le deuxième chirurgien de la Bastille sur qui nous ayons quelques renseignements est celui dont il est question dans les *Mémoires* de Mme de Staal : « Le comte de L... — dit-elle d'un de ses compagnons de captivité — s'aida du chirurgien qui faisait aussi la fonction d'apothicaire. Il établit, pour avoir occasion de le voir souvent, qu'il lui falloit deux lavemens par jour. Le Régent, qui entroit dans les derniers détails de ce qui nous concernoit, examinant les memoires de notre pharmacie avec ses ministres, l'abbé Dubois

se récria sur cette quantité de lavements. Le duc d'Orléans lui dit : "Abbé, puisqu'ils n'ont que ce divertisement-là, ne le leur ôtons pas." »

Ce chirurgien si dévoué fut, d'après Bournon, Raimond Fournier, embastillé le 27 mars 1721 pour avoir témoigné de trop d'humanité envers ceux qu'il avait à soigner...

Puis, nous relevons le nom du sieur Lecocq, « chirurgien et apothicaire », nommé au mois d'avril 1750.

1750 fut une année importante, à la fois dans l'histoire de la Bastille et dans celle de la médecine pénitentiaire. En effet, un véritable règlement — le « Mémoire pour le chirurgien-major de la Bastille » — fut instauré. En voici le texte :

« Ledit chirurgien ne doit jamais découcher de son logement, lequel logement doit être dans le château.

« S'il a besoin de s'absenter dudit château dans le courant de la journée, il doit en avertir M. le Gouverneur et les officiers, et laisser à l'officier de garde un billet qui indique l'endroit où on pourra le trouver en cas de pressant besoin.

« Il doit avoir dans sa chambre ou dans sa pharmacie les remèdes qui sont les plus nécessaires pour des accidents imprévus.

« Le chirurgien ne doit jamais entrer dans la chambre des prisonniers qu'il ne soit accompagné de quelques officiers dudit château, ou tout au moins d'un des porte-clefs, chacun de leur département, soit pour incommoditez, ou pour raser lesdits prisonniers.

« Il ne doit jamais s'entretenir avec les prisonniers que de leurs infirmitez, et le tout en bref, et leur donner les secours dont ils ont besoin.

« Ledit chirurgien rendra compte tous les jours à M. le Gouverneur et aux officiers du château des maladies desdits prisonniers, et en rendra aussi compte au médecin dudit château, ainsy que des remèdes qui leur conviennent.

« Le chirurgien aura beaucoup de circonspection dans ses parolles lorsqu'il sera avec les prisonniers, les écouter et ne point leur répondre que sur ce qui est de son ministère.

« Ledit chirurgien ne s'informera point de leurs noms, ni pourquoy ils sont détenus.

« Ledit chirurgien ne s'entretiendra jamais des prisonniers avec qui que ce soit d'étranger, en aucune façon, ni même avec ses plus intimes amis.

« Si les prisonniers donnoient quelques billets audit chirurgien, ou qu'ils en introduisissent dans sa poche, il les portera sur le champ à M. le Gouverneur ou aux officiers; il fera bien, même, quand il sortira de leurs chambres, de regarder dans ses poches.

« Lorsque le chirurgien rase ledit prisonnier, il doit estre en garde sur ses rasoirs, n'en avoir qu'un seul dehors, dont il se sert, et avoir la même attention pour le ferrement dont il pourrait se servir.

« Ledit chirurgien doit avoir beaucoup de douceur, de politesse et d'honnêteté pour les prisonniers.

« Il doit être bien sur ses gardes de ne point se laisser corrompre par les prisonniers ou gens de dehors pour leur favoriser du commerce, soit en dedans ou dehors : il s'ensuivroit de sévères punitions.

« Il parlera très posément dans les escaliers des tours, ainsy que dans les chambres des prisonniers.

« Ledit chirurgien ne doit point quitter de vue les prisonniers lorsqu'il est avec eux, et être toujours en garde.

« Ledit chirurgien aura grande attention que les remèdes qu'il donnera aux prisonniers soient propres, ainsy que le linge à barbe et ce qui sert à raser le soit pareillement. »

L'instruction qu'on vient de lire est suivie de quelques commentaires :

« *De la Bastille*, le 20 avril 1750

« Il faut que M. Lecocq apprenne le nom des huict tours, et lorsqu'il rendra compte de la maladie d'un prisonnier, qu'il se serve du terme comme cy après, sçavoir :

« — La première de la Liberté a eu la fièvre toute la nuit.

« — La calotte Bazinière a craché le sang.

« — La troisième Comté a eu des tranchées, toute la nuit, d'un cours de ventre.

« — La quatrième du Puits vient de prendre une médecine.

« — La cinquième du Coin a une retention d'urine, et ainsy des autres. On en usera de même aux apartemens qu'aux tours, le tout comme par caractères.

« Il y a eu des occasions que l'on a fait entrer des chirurgiens autres que celuy du château, pour de certaines maladies et incommoditez des prisonniers experimentez, soit pour le scorbut, retentions d'urines, tirer des dents, saignées difficiles, et autres.

« Le medecin du château et le chirurgien doivent s'y trouver quand ces cas arrivent.

« M. le Gouverneur ne laisse point introduire ces personnes du dehors auprès desdits prisonniers, sans des ordres du ministre ou du magistrat qui est en place. »

Le chirurgien de la Bastille faisait également les autopsies ; ainsi, Lecocq, chirurgien du château, fit celle de François-Jérôme d'Abadie, gouverneur depuis 1758, qui, pris d'une syncope rue Saint-Antoine, y avait été transporté et y mourut le jour même. L'autopsie révéla que « les parties essentielles du corps étaient démesurément engorgées de sang ».

Lecocq reçut d'abord un traitement de 600 livres, puis de 1 200 livres dès le 1er juillet 1785. Mis à la retraite avec une pension de 1 200 livres, il mourut peu après. Sa veuve se vit allouer une pension mensuelle de 33 livres.

Voici la « Lettre d'avis de la nomination du sieur Hurel, chirurgien-major », son successeur :

« *Versailles*, 8 février 1787

« Le Roi, M., ayant agréé la démission du sieur Lecocq, chirurgien-major de la Bastille, a nommé à son lieu et place le sieur Hurel. J'envoie à M. de Crosne le brevet qui a été expédié en consequence de la décision de Sa Majesté, et je marque à ce magistrat de donner au sieur Hurel toutes les instructions nécessaires à la place qu'il va remplir. Vous voudrés bien, de votre côté, lorsqu'il vous presentera son brevet, lui renouveler les mêmes instructions et le faire reconnaître en qualité de chirurgien-major. Il jouira, ainsi que son predecesseur, des apointemens de 1 200 livres, que vous continuerez d'employer sur les etats de la Bastille. Quant au sieur Lecocq, Sa Majesté, en considération de ses anciens services, a bien voulu conserver, à titre de pension de retraite, les 1 200 livres dont il jouissait, et ces 1 200 livres seront également employées sur les états de la Bastille. Vous voudrés bien vous conformer aux intentions de Sa Majesté.

### *L'apothicaire*

La charge d'*apothicaire* fut créée le 17 février 1647. On relève dans « l'état de la France de 1687 » le nom de Guillaume Colomes, payé 50 livres par mois (le chirurgien n'en touchait que 30).

Plus tard, le chirurgien cumula les deux emplois et enfin fut assisté d'un apothicaire qui eut, à partir de juin 1789, un brevet de commission (qu'il ne devait conserver que 15 jours...).

### *La sage-femme*

Le dernier personnage de l'organisation sanitaire de la Bastille était la *sage-femme*.

On peut être surpris, au premier abord, qu'une sage-femme ait été attachée à la Bastille, non parce que les détentions de femmes y fussent rares, mais parce que cela supposait qu'elles soient enceintes au moment de leur arrestation.

Ce fut le cas de la demoiselle d'Oliva — raconte M. Bournon — la fausse Marie-Antoinette dans la fameuse affaire du collier de la reine. Incarcérée le 12 septembre 1785, elle se trouva sur le point d'accoucher le 12 mai suivant, et l'on envoya chercher "la matrone"

Choppin. » Nous avons retrouvé dans les papiers de la Bastille la quittance de cet accouchement, ainsi libellée :

« Je reconnois avoir reçu de M. le gouverneur de la Bastille la somme de deux cent quarante livres pour mes honoraires de la couche de la De d'Oliva, et celle de dix-huit livres pour les frais de baptême de son enfant.

« Dont quittance à Paris, ce vingt-huit juin mil sept cent quatre-vingt-six. »

« Choppin, *sage-femme*,
« rue du Dauphin, près Saint-Roch. »

De pareils faits pouvant se renouveler, la dame Choppin reçut le lendemain le titre officiel de sage-femme de la Bastille. La lettre de M. de Breteuil en fait foi :

« *Versailles*, le 29 juin 1786

« Le Roi ayant, Monsieur, jugé à propos d'établir une place d'accoucheuse attachée au gouvernement de la Bastille, avec un traitement de 150 livres et d'y nommer la dame Choppin, vous voudrés bien l'employer à raison de 37 h 10 s par quartier sur l'état des dépenses de ce château. »

On avait jusqu'alors eu recours, dans de tels cas, à un médecin, ainsi que l'atteste cette lettre de Pontchartrain à Saint-Mars, datée du 30 novembre 1701 :

« Le Roy trouve bon que vous fassiez donner à la demoiselle irlandaise les hardes qui luy sont necessaires pour ses couches, au meilleur marché qu'il se pourra. Vous ne pouvez mieux faire que d'envoyer avertir Clément, qui est dans votre voysinage, lorsqu'il sera temps de l'accoucher. »

### *Le médecin et la torture*

Cependant, le régime de la Bastille n'était pas aussi doux que toutes ces mesures peuvent le laisser penser. On torturait aussi à la « Bastille Hôpital ». Le médecin et le chirurgien assistaient à la question, comme l'indique cet extrait d'un procès-verbal concernant un chanoine de Beauvais, appelé Foy, accusé d'avoir participé à un complot contre la vie de Louis XIV. Cela se passait en 1691 :

« ... Foy a été mis entre les mains du questionnaire et a été mis sur la sellette de la question ; a été lié par les bras et après avoir été déchaussé et qu'il lui a été passé les brodequins, exhorté de dire la vérité. Il l'a dite, et les lettres en chiffres ont été composées par lui...

« En serrant les brodequins, s'est écrié : "Je me meurs."

« A passé le premier coin de l'ordinaire, s'est écrié : "Je me meurs." Ce qu'il nous a dit contient vérité; s'est écrié de toute sa force qu'il n'en peut plus, qu'il a dit la vérité, et tout a été par lui et Heron faussement inventé, et personne n'y a eu de part.

« Et MM. Lallier, médecin, et Terrat, chirurgien de la Bastille, presents, ayant dit que Foy était delicat, et Foy s'est écrié et dit qu'il avoit dit la vérité, l'avons fait relâcher et ôter les brodequins, n'ayant été passé à plus ample et forte question et après avoir été rechaussé et repris un peu sur ses forces, et qu'il a eu pris un peu de vin et s'être mis sur le matelas... »

### *Les certificats médicaux*

Le médecin donnait ses soins, assistait à la question et rédigeait des *certificats médicaux*. Linguet raconte dans ses *Mémoires* que, très malade, il voulut faire son testament et que pour qu'il puisse accomplir cet acte : « Le médecin de la Bastille a eu la complaisance de porter lui-même au lieutenant de police une attestation de mon état, et du péril imminent que je courais... »

## IV. — LA FIN DE L'ANCIEN REGIME

Le régime des prisons reposait avant la Révolution sur le principe que la justice ne devait aux détenus que ce qui leur était absolument nécessaire pour ne pas mourir de faim. Aussi n'avaient-ils pour lit qu'une botte de paille plus ou moins sèche, pour nourriture que du pain et de l'eau. Le linge, les vêtements, les soins et les remèdes étaient autant d'objets de luxe dont l'Etat ne s'occupait pas.

Les secours matériels ne relevaient que de la charité. Il en allait de même des soins médicaux, car, en dehors des règlements de la Bastille, de Vincennes et de quelques initiatives privées, l'organisation sanitaire des prisons était inexistante.

Vers la fin de l'Ancien Régime, sous l'influence de certains philanthropes — dont le plus célèbre fut « Howard, dont le nom seul console les prisons » (Delille, *Malheur et Pitié*, chant II) — le régime des prisons commence à évoluer.

De nombreux « cahiers de doléances » exprimèrent le vœu qu'il n'y ait plus que des prisons légales et que les conditions soient meilleures. Le tiers d'Auxerre réclamait la création d'infirmeries dans les prisons des bailliages royaux, afin d'y soigner les détenus malades et de prévenir la contagion. Il demandait la suppression des cachots souterrains, des chaînes...

Sur un rapport de la Société de médecine et sur la proposition de Necker, Louis XVI fit abattre le Fort-l'Evêque et le Petit Châtelet. Il acheta l'hôtel du duc de La Force pour le transformer en prison.

Louis XVI, touché par l'état des prisons dans la plupart des villes de France et malgré une guerre coûteuse avec l'Angleterre, projeta leur amélioration. Il prit l'ordonnance du 30 août 1780 qui prévoyait, entre autres, la création d'infirmeries, de locaux affectés aux hommes, aux femmes (qui seraient ainsi séparés) et l'abolition des cachots souterrains. Mais des difficultés financières et des luttes intestines en empêchèrent l'application.

Lorsque, le 1er mai 1788, il voulut abolir la torture, le Parlement s'y opposa. En fait, la question n'était plus appliquée à la Bastille depuis 1720, et Bournon écrit à propos des instruments de torture que le peuple y aurait trouvé au soir du 14 juillet : « Rien n'est moins prouvé, mais, quoi qu'il en soit, la rouille — une rouille vieille de près d'un siècle — en aurait expliqué et excusé l'oubli dans ce lieu. »

Necker proposa un certain nombre de réformes de l'administration des prisons. Dans son ouvrage *De l'administration des finances de la France*, le chapitre XVIII du troisième tome était consacré aux « Réflexions sur l'ordre intérieur des prisons ». Il s'indignait en ces termes :

> « Le tarif fixé pour la nourriture des prisonniers exigeait un changement encore plus pressant ; ceux d'entre ces malheureux qui n'avaient aucune ressource particulière recevaient pour seul aliment une ration de vingt-deux onces de pain par jour ; et ce traitement n'était adouci que par des charités incertaines et distribuées inégalement. Il existait une dureté d'un autre genre : les prisonniers étaient couchés sur de la paille et des lambeaux de couverture, et comme ces petites fournitures étaient entre les mains du concierge, et qu'il les avait prises à forfait, les fréquents renouvellements qu'exigeaient si essentiellement la propreté et la salubrité se trouvaient en opposition avec ses intérêts. »

Necker veut remédier à tous ces inconvénients majeurs : au manque de nourriture et d'hygiène, et surtout il demande la séparation de l'administration économique et de l'administration de police et de sûreté. Le directeur sera chargé uniquement d'entretenir le bon ordre et de faire entrer et sortir les prisonniers. Son traitement sera fixé et payé par le roi, de même que celui du greffier. « Que les chambres de la prison ne seraient louées, ni au profit du directeur, ni à celui du greffier » (mais le loyer des chambres particulières est maintenu). « Qu'il serait distribué à l'avenir, aux prisonniers, une ration de 24 onces de pain, au lieu de 22, une soupe le matin et le soir, et deux fois par semaine un quart de livre de viande. »

Il demandait qu'un apothicaire soit attaché à la prison et « une infirmière, aidée de quelques domestiques, aux soins des malades », mais n'envisageait pas la nomination d'un médecin.

La fin de l'Ancien Régime fut ainsi caractérisée par des mesures d'améliorations dues aux concepts nouveaux, telles la tolérance et la liberté.

Jusqu'à cette époque, les médecins de prisons étaient rares, leurs moyens d'action réduits et peu efficaces, leur intervention entravée si ce n'est annihilée par les conditions de détention désastreuses des malades.

CHAPITRE II

# DE LA REVOLUTION A 1875

Si la peine de prison n'existait pas dans l'ancienne législation criminelle, l'Assemblée constituante, au contraire, l'adopta, sinon comme base unique, du moins comme base principale de son code.

Le Code pénal de 1791 instaura des peines criminelles, correctionnelles ou de simple police, correspondant aux trois degrés de juridiction.

Les peines criminelles étaient :

1) la mort ;
2) la privation de liberté à divers degrés (sous les noms de fers, réclusion, gêne, détention) ;
3) la déportation ;
4) la dégradation civique ;
5) le carcan.

La peine de privation de liberté, nouvel élément du droit criminel, ne pouvait ni être perpétuelle, ni excéder six ans, et l'appareil intimidant du poteau et de l'exposition s'y ajoutait.

Les peines correctionnelles comprenaient :

1) l'amende ;
2) la confiscation, en certains cas, de la matière du délit ;
3) l'emprisonnement.

Les peines de simple police étaient : l'amende ; la détention de police municipale.

L'Assemblée constituante instituait en même temps un système pénitentiaire encore inconnu en France : un « système pénal basé sur l'amendement du coupable par le repentir de la faute commise et sur la possibilité de la réparer par la réhabilitation après l'expiration de la peine subie » (Moreau-Christophe). Le code prévoyait la peine de la gêne, consistant en une solitude absolue, qui à cette époque ne reçut pas d'application, faute de lieu déterminé pour la subir.

La Convention nationale n'apporta que de légers changements aux systèmes pénal et pénitentiaire de 1791. Elle les modifia en les perfectionnant et en les complétant. Par contre, l'Empire les boule-

versa en rétablissant la perpétuité des peines, la confiscation et la marque (qu'avaient abolies l'Assemblée constituante et la Convention) et en remplaçant la peine de la gêne par la relégation ou le bannissement.

La peine d'emprisonnement est donc relativement récente, puisqu'elle date de la Constituante. Cette assemblée se préoccupa également d'améliorer le sort des détenus.

L'influence de John Howard fut grande dans les pays d'Europe dont il visita les prisons et les hôpitaux. Il recommandait que les frais des prisons incombent à l'Etat. Il voyait dans le travail pénal une « indulgence » et déclarait, en parlant des détenus : « Faites-les travailler et ils deviendront vertueux. »

Sur le plan de l'hygiène, en particulier, Howard préconisa que les prisons soient bâties dans des lieux aérés, à proximité de cours d'eau, afin d'en faciliter — en dépit du risque d'humidité — la propreté. Il insista également sur la nécessité de l'hygiène corporelle, alimentaire et sanitaire.

## I. — L'ETAT DES PRISONS

L'article 2 du décret du 16-29 septembre 1791 reprenait l'article premier de l'ordonnance de 1670 : « Les procureurs généraux syndics veilleront, sous l'autorité des directoires de département, à ce que ces différentes maisons soient non seulement sûres, mais propres et saines, de manière que la santé des personnes détenues ne puisse être aucunement altérée. »

Le principe du maintien de la santé du prisonnier existait depuis longtemps, mais il n'avait pas entraîné d'amélioration de l'alimentation et de l'état sanitaire des prisons. Les prisons ne devinrent salubres, bien aérées, et les prisonniers ne furent nourris suffisamment que très progressivement.

Le service central des prisons, placé dans les attributions du ministère de l'Intérieur par la loi du 10 vendémiaire an IV, eut au début une importance très restreinte.

En l'an VI, le 4e bureau de la 1re division du ministère de l'Intérieur s'occupait des prisons ; quatre employés le composaient. Après que l'on eut demandé à cette époque l'augmentation de ses effectifs, le bureau comprit : un chef, un sous-chef chargé de la correspondance, un sous-chef chargé de la comptabilité, un teneur de registres, deux expéditionnaires. « Ce nombre de six employés, disait un rapport du 25 vendémiaire an VI, ne paraît pas exagéré

lorsqu'on réfléchit qu'il s'agit d'une administration qui s'étend sur les bâtiments d'environ huit cents tribunaux, et sur le matériel et le personnel de plus de neuf cents prisons. »

En l'an VI, existaient en effet :

— 402 maisons d'arrêt (créées par la loi du 19 vendémiaire an IV), ayant un personnel de 402 concierges et autant de guichetiers, de garçons de service et d'officiers de santé ;

— 98 maisons de justice, ayant 98 concierges, 196 guichetiers, 98 garçons de service et 98 officiers de santé ;

— 400 prisons qui devaient être remplacées par les maisons de force, de réclusion et de gêne, ayant 400 concierges, 800 guichetiers, 400 garçons de service, 400 officiers de santé ;

— 400 prisons de dépôt.

Le gouvernement impérial décréta, de Bayonne, le 28 juin 1808, la fondation de dix nouvelles maisons centrales destinées à recevoir les condamnés des tribunaux criminels et aussi des condamnés correctionnels ayant à subir une peine d'emprisonnement supérieure à un an. Dix-neuf furent créées en France de 1803 à 1826, et, à la chute de l'Empire, les travaux d'aménagement étaient loin d'être terminés ; celles d'Embrun, d'Eysses, de Montpellier, de Fontevrault étaient cependant ouvertes dès 1815.

## LES ABUS

Une organisation pénitentiaire théorique existait donc au début du XIX^e^ siècle. Mais les propositions de Necker et les réformes de 1791 n'empêchèrent pas les abus, dus surtout au maintien des pistoles et aux exactions des geôliers.

### *Les pistoles*

*Les pistoles* étaient des chambres communes ou séparées, garnies de lits où les détenus couchaient moyennant un prix de location. Les geôliers avaient intérêt à ce que les conditions de « coucher » ne soient pas améliorées, car, lorsque le département fournissait un « coucher » propre et suffisant, point n'était besoin de pistoles.

L'énorme prix des loyers est rapporté par Charles-Philippe Corneille, arrêté le 9 juin 1808 et emprisonné à la Grande-Force, à Paris, la prison-modèle de l'Ancien Régime.

Cette prison comportait 37 pièces, dont 34 réservées à ce qu'on appelait « la pistole simple et la pistole double ». En conséquence, il ne restait que 3 pièces pour loger ceux qui ne pouvaient pas payer un lit. On y entassait les prisonniers, et il y en eut jusqu'à 42 sur

19 paillasses au n° 5, et 19 sur 11 paillasses au n° 6. « Les paillasses, les couvertures et les traversins sont dans le plus mauvais état, et n'ont pas été lavés depuis un temps immémorial. C'est dans ces chambres que l'avide et insatiable geôlier relègue et entasse tous ceux qui sont hors d'état de payer la "pistole". »

« Le gouvernement, dit Corneille, ne fournissait aux prisonniers de quelque classe qu'ils viennent, même aux prisonniers d'Etat, qu'une paillasse, une couverture de laine et un traversin ; il fut accordé aux geôliers d'ajouter à cette fourniture un matelas et des draps, en faisant payer 9 francs par mois à ceux qui prendraient ce supplément. Les geôliers ont tiré parti de cette permission... Ils ont inventé d'abord de forcer les prisonniers à prendre de double lits, c'est-à-dire deux matelas qu'ils font payer 18 francs par mois ; je dis forcer, car ceux qui ne prennent que la simple « pistole » sont logés sur le derrière, ne peuvent communiquer avec leurs parents et amis que dans un parloir humide et dégoûtant... Non contents de cela, ils ont imaginé d'autres expédients pour rançonner les prisonniers en louant de petites chambres à un prix exorbitant et les faisant payer d'avance pour un mois, de manière qu'il arrive souvent qu'un prisonnier ne restant que quelques jours, et un ou deux autres lui succédant pour ne rester pas davantage, et payant de même, la chambre a été payée trois ou quatre fois dans le courant du mois. Cette spéculation, ainsi que celle sur les pistoles qu'on fait toujours payer d'avance pour dix jours, n'en dût-on rester que deux ou trois en prison, rapporte considérablement aux geôliers.

« Pour prouver que je ne m'impose point en me plaignant de l'extrême cherté des loyers (payer loyer en prison !), je dirai que M. Bertier de Sauvigny et M. de Saint-Simon ont payé la chambre n° 23, 72 francs par mois, quoique cette chambre humide et malsaine, dans le voisinage de la pompe et des commodités, n'ait pour ameublement qu'une couchette de prison, une vieille commode, deux petites tables, une mauvaise table de nuit, quatre chaises de paille et un poêle qui a déjà été payé dix fois...

« Au moment où j'écris, la maison, à moitié remplie, rapporte au geôlier 1 007 francs par mois ; et lorsqu'elle est pleine, elle lui rapporte 1 859 francs. »

Il ne semble pas que l'auteur, qui écrivit ces lignes en 1809, ait exagéré.

La « pistole » existait dans la plupart des prisons, sauf à la prison du Temple. Au Dépôt près du Palais, à Paris, le loyer d'un lit très modeste coûtait 1,50 F par jour ; quelques morceaux de bois pendant l'hiver, 2 francs ; un repas semblable à celui que donnaient les restaurateurs à 16 sous par tête, 3 francs ; et le vin de Mâcon, recueilli sur les coteaux de Suresnes ou dans les plaines de Montreuil, était payé 1 franc la bouteille (Giraud, 1814). A la Conciergerie, la « pistole » s'élevait à la même époque à 5 francs par mois, mais le concierge était « doux et humain ». Les autres détenus s'entassaient dans des cachots malsains où « l'homme qui attendait son arrêt dans

les prisons de la Conciergerie eût béni, sur son seuil épouvantable, la main bienfaisante qui lui aurait donné la mort ».

Dans une « Instruction sur le régime des prisons départementales » du 22 mars 1816, adressée aux préfets, le ministre de l'Intérieur Vaublanc dénonçait les exactions des geôliers en ces termes :

« Il n'est que trop commun que des abus s'y introduisent, et vous ne sauriez mettre trop d'ardeur à les rechercher, trop de sévérité à les poursuivre ; car nulle part l'abus n'est plus répréhensible que dans les lieux mêmes où la justice exerce sa rigueur.

« Des geôliers, cédant à une coupable avidité, spéculent souvent sur tout ce qui environne le prisonnier, et lui font payer les soins qu'ils lui doivent, les facilités qu'ils lui procurent, les permissions qu'ils lui donnent sans avoir le droit de les donner.

« Ils retranchent, à la détention habituelle, des pièces qui y sont affectées, qui y sont nécessaires, pour y faire ou des buvettes, ou des chambres qu'ils louent à prix d'or ; ils maltraitent les détenus, ne s'occupent pas assez de leur réparation, surtout de celle des jeunes accusés mentionnés dans l'article 66 du Code pénal, acquittés parce qu'ils ont agi sans discernement, mais retenus dans les prisons pour y être surveillés et ramenés aux bons principes ; ils tolèrent ou favorisent la débauche ; ils négligent la propreté et, par conséquent, la salubrité des prisons, etc. »

En 1837, M. de Gasparin dénonce à nouveau ces abus dans un rapport au roi. Ce n'est qu'en 1841 que la « pistole » fut interdite à tous les condamnés ; elle resta en vigueur toutefois pour les prévenus et les accusés.

### *La visite des prisons*

Corneille signalait, par ailleurs, que le préfet de police ne visitait jamais les prisons à Paris. On pourrait penser qu'il exagérait, comme Linguet, mais le fait se trouve confirmé dans l'instruction de 1816, dans laquelle le ministre insiste sur la nécessité de ces visites :

« Afin de s'assurer de l'exécution des mesures que vous prescrivez pour la suppression des abus et l'amélioration du régime, il est nécessaire que la visite des prisons soit faite avec soin, quelque répugnance qu'on éprouve à la faire. Plus cette répugnance aurait de fondement, plus l'obligation de tout examiner serait grande pour les fonctionnaires à qui ce devoir est imposé.

« Vous devez exiger que les sous-préfets et les maires fassent les visites qui leur sont prescrites (C. d'inst., art. 611, 612 et 613), et vous en rendent compte. La salubrité, la sûreté de la prison ; l'exactitude à remplir les conditions exigées, soit pour les réparations, soit pour

la nourriture; la discipline intérieure, l'état des ateliers, la situation des infirmeries, le renouvellement de la paille aux époques désignées, l'examen des registres; tels sont les objets de détail qu'on doit se proposer dans ces visites. »

Si les préfets, les sous-préfets et les maires ne visitaient les prisons, Corneille avait constaté que les inspecteurs Honnein et David y venaient souvent, « mais c'est plutôt pour se concerter avec les geôliers dont ils partagent la table et très probablement les honteux profits, que pour voir ce qui se passe dans ces maisons de détention, de désolation, et entendre les détenus ».

### *Les exactions des geôliers*

*Les geôliers,* maîtres de la prison, se transformaient parfois en bourreaux.

Quand la santé du prisonnier était altérée, on le faisait passer à l'infirmerie, mais il y arrivait bien souvent pour « mourir dans les règles ».

« L'abbé Binet, enfermé depuis quatre ans comme prêtre réfractaire, après être resté tout ce temps sur la paille dans une chambre infecte, à côté des commodités, est mort à l'infirmerie de la Force le 22 septembre dernier (1808) d'une fièvre putride, accompagnée de pourpre. »

Walleyrand, le plus brutal, le plus insolent et le plus avide des geôliers, gouvernait la prison de Sainte-Pélagie. Corneille y fit un court séjour et en rapporte ces deux faits significatifs :

« A M. Maes, prêtre, âgé de 75 ans, après lui avoir fait éprouver les traitements les plus inhumains, on refusa, malgré les instances et les larmes de son neveu, un médecin autre que celui de la prison. On le porta à l'infirmerie pour le priver des soins de ses voisins et compagnons d'infortune; il en éprouva une révolution si forte que le malheureux tomba à l'agonie le jour même, alors on le reporta dans sa chambre où il expira dans la nuit. »

On transférait les malades à la dernière minute, parfois même le passage à l'infirmerie leur était refusé.

« Le fait suivant n'appartient pas à Walleyrand seul; la préfecture peut en réclamer une part. M. Galien, détenu depuis huit mois au secret, tant à la Force qu'à Sainte-Pélagie, était grièvement malade. Son épouse ne pouvait le voir, se présentait chaque jour pour avoir de ses nouvelles, on lui répondait qu'il se portait bien. Cependant, il demandait à aller à l'infirmerie; mais son secret y eût été moins rigoureux, il eût pu informer sa femme de son état, on le lui refusa obstinément. Enfin, quand on le vit mourant, on introduisit auprès de lui cette infortunée. Elle ne recueillit pas même son dernier soupir... »

Tout semblait permis au puissant Walleyrand, car il jouissait de la protection du préfet de police dont il avait épousé une parente. Cependant, certaines festivités — dont Corneille fut spectateur — lui coûtèrent sa place.

« Le 4 novembre, jour de saint Charles son patron, cent cinquante personnes du dehors, invitées par lui à sa fête, furent réunies dans une vaste salle magnifiquement décorée et éclairée de plus de cinq cents bougies. Le héros de la fête et sa femme reçurent les hommages de cette nombreuse société des deux fauteuils surmontés d'un dais de riche étoffe. Les tours de gobelet de "Préjean", une comédie, un opéra, un ballet, pour lesquels on avait appelé les artistes de divers théâtres, occupèrent l'assemblée jusqu'à minuit. Un feu d'artifice tiré dans la cour de la prison, un souper splendide, un bal terminèrent la fête qui dura jusqu'à 6 heures du matin. L'inconvenance d'une telle fête dans un tel lieu a scandalisé la préfecture elle-même, et Walleyrand est actuellement aux arrêts... »

*Les cachots*

Après la Révolution, beaucoup de prisons restèrent dans le même état et conservèrent leurs cachots.

Giraud, dans *l'Histoire générale des prisons sous le règne de Buonaparte*, de 1814, décrit le cachot principal de l'Abbaye comme l'un des plus affreux : « Creusé à trente pieds de profondeur, la voûte en est si basse qu'un homme de moyenne taille ne peut s'y tenir debout, l'humidité est si grande que l'eau soulève la paille qui sert de lit aux malheureux. D'après l'avis du médecin, ils n'y peuvent demeurer plus de vingt-quatre heures sans être exposés à périr. »

*L'arbitraire*

Des abus de l'arbitraire furent dénoncés, en 1814, par des substituts du procureur général près la cour royale de Paris visitant les maisons de détention afin de connaître les motifs de l'arrestation de chaque individu.

Un grand nombre de personnes étaient détenues à Bicêtre en vertu d'ordres arbitraires délivrés le plus souvent par blancs-seings.

Il en allait de même à la maison de répression de Saint-Denis — encore appelée « dépôt de mendicité de Saint-Denis » — où l'on transférait tous les mendiants des deux sexes arrêtés dans la capitale ou aux environs, ainsi que les suspects et les vagabonds (1). Ils y restaient souvent plusieurs années, au gré des hasards de l'arbitraire.

---

(1) Un édit d'août 1656, de Louis XIV, ordonnait d'enfermer les mendiants dans des hospices pour les faire travailler. Les hommes allaient à Bicêtre et à la Pitié, et les femmes à la Salpêtrière. Après la Révolution, Bicêtre devint trop petit et l'on créa le dépôt de mendicité dans une ancienne manufacture de Saint-Denis.

### *Les aliénés*

Les prisons renfermaient très souvent *des aliénés*. Le marquis de Barbé-Marbois, après avoir visité celles des départements de l'Eure et de la Seine-Inférieure, déclarait : « On les y retient parce qu'on ne sait où les mettre. J'en ai vu un, dans une cellule secrète ; il était entièrement nu, accroupi sur un peu de paille, à la manière des sauvages ; il avait au cou un carcan ou collier de fer tenant à une longue chaîne dont l'autre bout était attaché à la poutre du plancher, et cela en 1819 ! »

En 1829, le préfet de l'Ille-et-Vilaine signalait au ministre de l'Intérieur « qu'il existait à la maison centrale de Rennes un certain nombre de cabanons où des indigents de l'un et l'autre sexe, atteints de démence furieuse, sont disposés, faute d'un autre établissement pour les recevoir et leur procurer les soins convenables à leur état ».

### *Les enfants*

A la promiscuité des adultes de toutes catégories s'ajoutait celle plus scandaleuse des enfants avec les adultes. Giraud signale la sévérité du Code pour les enfants : « Des jeunes enfants dérobent des poissons enfermés dans un bateau, ou des œufs contenus dans un panier sur le carreau de la halle, ou des lapins dans un tonneau fermé ; on les condamne à quatorze ans de réclusion, qu'ils subissent à Bicêtre... »

Plusieurs maisons centrales renfermaient non seulement des mineurs condamnés, mais encore des enfants en bas âge amenés par leurs parents qui subissaient des peines d'emprisonnement ou de réclusion. Ainsi, en février 1818, il y avait à Embrun sept enfants âgés de 6 mois, 9 mois, 2 ans, 6 ans, 8 ans et 13 ans ; l'un d'eux était né dans la maison centrale. M. de La Ville de Mirmont (premier inspecteur général des maisons centrales de détention) priait le ministre de prendre cette situation « en grande considération et de faire conduire les enfants aux hospices... »

### *Bicêtre*

Tous les abus se trouvaient rassemblés à Bicêtre. La « grange aux Gueux », comme on l'appelait alors, était depuis longtemps synonyme de malheur.

> ... Il va nous faire encor quelque nouveau bicêtre.
> (MOLIÈRE, *l'Etourdi.*)

Tout ce qu'il y avait de hideux et d'effrayant se trouvait rassemblé dans cette maison dont « le nom seul épouvantait l'oreille »... « L'impossibilité de voir des femmes pendant plusieurs années, rap-

porte Corneille, y a introduit le vice honteux et dégoûtant de la pédérastie. Des petits garçons de 9 à 10 ans, confondus parmi des hommes dont la perversité est sans bornes, durent être menés souvent à l'infirmerie des suites de cet affreux commerce. »

Les guichetiers y étaient particulièrement cruels ; plusieurs d'entre eux, tels que Salé, Saint-Denis, Mouret et le commissionnaire Dubois, ont figuré dans « les massacres de Septembre » à la suite d'évasions. Le colossal Saint-Denis assommait les prisonniers de ses énormes clefs.

Bicêtre fut célèbre par le départ de « la chaîne », qui avait lieu deux ou trois fois par an. L'encadrement était composé du capitaine de la chaîne, de ses trois lieutenants, d'une douzaine de sbires armés de bâtons et de sabres, et d'officiers de paix. Les détenus, alignés dans la cour, passaient au ferrage. Déshabillés, nus, la chaîne étant leur seul vêtement, ils étaient exposés à la vue des dames élégantes accompagnées de leurs filles venues tout exprès de Paris. Ils étaient revêtus ensuite de hardes de toile à serpillière et recevaient un maigre repas. Les sbires paraissaient, et les coups de bâton tombaient au hasard. Les malheureux, placés sur de larges chariots découverts, les jambes pendantes, étaient emmenés aux bagnes de Toulon, Rochefort, Lorient et Brest.

Les chaînes furent supprimées par l'ordonnance du 9 décembre 1837.

## ESSAIS D'AMELIORATION

Au XVII[e] siècle, saint Vincent de Paul dénonçait les conditions dans lesquelles étaient maintenus les détenus et œuvrait notamment pour l'amélioration matérielle de leur sort.

Plus tard, *les commissions de surveillance*, créées par arrêté du 20 octobre 1810, ne remplirent pas leurs fonctions avec zèle et furent dissoutes rapidement.

Louis XVIII eut, en matière pénitentiaire, des idées libérales. Le 9 septembre 1814, il ordonnait la construction d'une prison modèle, d'après les principes que préconisaient en Angleterre les continuateurs de l'œuvre de Howard. Mais les Cent-Jours allaient l'empêcher de réaliser son projet, et les difficultés budgétaires des années suivantes devaient l'empêcher de le reprendre.

En 1819, les chambres votèrent un fond de secours pour aider et encourager les départements à restaurer les prisons. Pour généraliser ces améliorations et pour seconder l'administration dans sa tâche, l'ordonnance royale du 9 avril 1819 approuvait la création de la *Société royale des prisons* et posait les bases de la réforme pénitentiaire.

Quelques semaines après l'ordonnance royale, le comte Decazes, ministre de l'Intérieur, expliquait aux préfets, dans une circulaire, le but à atteindre : « Adoucir le sort des détenus, rendre les prisons plus salubres, procurer aux prisonniers une nourriture plus abondante et plus substantielle ; leur fournir des vêtements, leur assurer du travail pour les arracher à l'oisiveté et leur procurer des ressources pour le jour de leur libération ; organiser des infirmeries ; empêcher que les prisonniers ne deviennent plus vicieux et les ramener à la morale par le secours de la religion. »

Une autre circulaire du 3 septembre 1819 organisa à nouveau des commissions de surveillance selon les dispositions de l'ordonnance du 9 avril de la même année.

En attendant que les commissions soient établies, le ministre recommandait aux préfets « de faire supprimer les cachots et cabanons placés au-dessous du sol, ou même au rez-de-chaussée, lorsqu'ils seront insalubres ; d'interdire aux geôliers l'usage des fers, à moins que les prisonniers n'aient commis des violences, et que le maire n'ait autorisé ce moyen de répression ; de défendre la vente ou l'introduction de l'eau-de-vie, et de ne permettre à aucun détenu d'acheter plus d'un demi-litre de vin par jour ; enfin, de veiller à ce que les sexes soient toujours séparés et n'aient de communications d'aucune espèce.

« Il sera difficile d'empêcher les geôliers de vendre ou de procurer aux détenus des liqueurs fortes, et de faire sur eux des profits illicites, aussi longtemps que ces employés auront la cantine et seront poussés par leur intérêt à favoriser les contraventions. »

Le *Rapport général des travaux du conseil de salubrité de la ville de Paris pour l'année 1828* indiquait « que la tenue de toutes les maisons de détention s'était sensiblement améliorée. Mais Saint-Lazare, que l'on pouvait citer avant comme prison modèle, a perdu de sa salubrité, et Sainte-Pélagie est devenue tellement insalubre que toute amélioration de son état sanitaire est presque impossible. Il faudrait aujourd'hui tout abattre pour tout reconstruire ».

Dès 1828, la Société royale des prisons essaya d'améliorer le régime des bagnes ; elle proposa de transformer le système suranné et barbare de « la chaîne », qui était concédé à un entrepreneur dont le contrat expirait en 1836. Elle avait de même, sans grands résultats, tenté de grouper dans le bagne de Toulon les condamnés à moins de dix ans, et dans ceux de Rochefort et de Brest les condamnés qui avaient plus de dix ans à subir.

Mais la révolution de 1830 emporta toutes ces bonnes intentions et supprima la Société des prisons dont, en 1847, Béranger déplora à la Chambre la suppression et souhaita le rétablissement.

L'état des prisons de cette époque, la promiscuité des classes, des âges et même des sexes, le défaut d'air et d'espace, la mauvaise qualité et l'insuffisance des aliments engendraient des maladies contagieuses et une excessive mortalité.

Presque toutes les prisons de la capitale avaient un médecin ou un chirurgien : « Dans la liste du personnel de chaque maison centrale, on est surpris — dit Léon Barthes — à première vue, de l'importance du service médical. Chaque établissement avait un médecin, un chirurgien et un pharmacien généralement internes, parfois aussi un aide-chirurgien. Un tel service avait alors son utilité étant données la grande quantité de détenus malades et la mortalité excessive qui sévissait. »

## II. — L'ORGANISATION SANITAIRE

Les médecins donnaient leurs soins dans les prisons bien avant 1789. Pendant la période révolutionnaire, ils firent souvent preuve d'un grand courage pour soulager les détenus. Toutefois, il n'existait pas d'organisation sanitaire officielle. Les différents décrets de 1791 n'en prévoient pas, et il faudra attendre 1819 pour que les premiers textes sur la nomination de médecins et la réglementation sanitaire soient promulgués.

### NOMINATION DE MEDECINS ET PREMIERS REGLEMENTS SANITAIRES

Le premier texte intéressant la nomination d'un médecin que nous ayons relevé date de l'an VII. Il s'agit d'un règlement trouvé dans les archives de la ville de Saint-Denis, concernant le dépôt de mendicité. On y lit :

> « *Dans les conditions sous lesquelles les citoyens et compagnies s'obligeront envers le gouvernement, de nourrir et entretenir, tant en santé qu'en maladie, tous les individus de l'un et l'autre sexe qui existent ou existeront dans les maisons de réclusion ou dépôts de mendicité de la République, qui commenceront en l'an VII :*
>
> .....
>
> « Art. 11. — Seront à la nomination du ministère et payés par le gouvernement, les officiers de santé attachés aux différentes maisons de réclusion, ainsi que le concierge... »

L'article 22 dit notamment que les officiers de santé ne pourront s'écarter « des drogues, médicaments, du linge, des matières fournies d'après état ».

Enfin :

« Art. 23. — Seront au compte du gouvernement les bandages à hernies, jambes de bois et autres choses nécessaires aux infirmes et estropiés. Ces objets ne seront délivrés que sur les ordres des officiers de santé. »

L'arrêté sur la police des prisons départementales, du 25 décembre 1819, est beaucoup plus important.

Le paragraphe 3 est consacré au « régime de santé » : les cachots sont interdits, les instruments de coercition supprimés ou détruits, quelques mesures d'hygiène concernant l'aération, les latrines, le lavage indiquées.

Le paragraphe 4 revêt la forme d'un règlement sanitaire intéressant les infirmeries, les médecins et les malades :

« 28. *Infirmerie.* — Il y aura dans chaque prison une ou plusieurs salles spécialement destinées à servir d'infirmerie.

« 29. *Médecin.* — Un officier de santé sera chargé de faire régulièrement une ou deux visites par jour, afin d'y traiter les malades, et de vérifier l'état de santé de ceux qui arrivent.

« 30. *Malades.* — Des vêtements seront spécialement destinés aux malades, et chacun d'eux aura près de son lit les meubles et ustensiles nécessaires.

« 31. *Coucher des malades.* — Le coucher des malades, celui des détenus déclarés infirmes par les officiers de santé, ainsi que des septuagénaires et des femmes enceintes pendant les trois derniers mois de leur grossesse, sera composé d'un bois de lit, d'une paillasse, de deux matelas, d'un traversin, d'une couverture en été et de deux couvertures en hiver. La paillasse et la toile des paillasses seront changées tous les mois ou plus souvent, suivant les maladies ; elles le seront toujours en cas de mort du prisonnier auquel elles auront servi.

« 32. *Femmes enceintes.* — Les femmes enceintes seront, pendant les trois derniers mois de leur grossesse, placées à l'infirmerie, ou, s'il est possible, dans des pièces séparées.

« 33. — *Femmes accouchées.* — Sur la demande de la mère dont la détention se continue, il lui sera permis d'allaiter son enfant, et même ensuite de le garder jusqu'à ce qu'il ait trois ans accomplis.

« 34. *Layettes, etc.* — On fournira à la mère la layette, le berceau, les boissons, bouillies ou panades pour son enfant.

« 35. *Enfants des détenus.* — Lorsque la mère ne voudra ou ne pourra pas allaiter son enfant, ou lorsqu'il aura atteint l'âge de trois ans, il sera mis, si les père et mère n'ont pas de moyens d'existence, au nombre des orphelins qui sont à la charge publique. Il en sera ainsi de tout enfant amené avec un détenu et qui, à raison de son âge et de l'indigence de ses père et mère, est hors d'état de pourvoir à sa subsistance.

« 36. *Idem.* — Si une femme est arrêtée avec un enfant qu'elle allaite, ou qui soit encore dans sa première enfance, les dispositions des articles 33, 34 et 35 lui seront appliquées.

« 37. *Idem.* — Dans les prisons où il est d'usage d'envoyer la mère et l'enfant à l'hospice, pour qu'ils y soient mieux, cet usage, ainsi motivé, devra être maintenu.

« 38. *Infirmes, septuagénaires, etc.* — Les infirmes, les septuagénaires, les enfants au-dessous de neuf ans, les femmes pendant l'allaitement, seront nourris suivant un régime réglé par la commission, qui prendra l'avis de l'officier de santé. »

Le 16 décembre 1824, le ministre de l'Intérieur adressait aux préfets une circulaire concernant la nomination des médecins : « Des doutes s'étant élevés sur le mode de nomination des médecins chargés du service des prisons, je vous préviens que j'ai décidé que ces médecins seraient nommés par vous. Vous me donnerez seulement avis de ces nominations. »

Le 5 octobre 1831 parut le « Règlement d'attributions pour les employés de l'administration des maisons centrales de détention », qui déterminait les attributions du médecin et du chirurgien :

« *Attributions du médecin et du chirurgien :*

« Le service de santé est fait, suivant les besoins, par un médecin, un chirurgien et un pharmacien, ou bien par un médecin et un pharmacien seulement.

« Dans les maisons situées hors des villes, le médecin ou le chirurgien est employé interne : il est tenu, à ce titre, de résider dans l'établissement.

« Le service de santé se divise en deux sections, l'une pour le médecin et l'autre pour le chirurgien, suivant la nature des maladies, et leur division en internes et externes.

« Le médecin et le chirurgien sont chacun chef de service, et ont le même rang dans la maison, sauf l'obligation imposée au chirurgien de faire les opérations chirurgicales prescrites par le médecin, ainsi que les pansements difficiles. Les pansements ordinaires sont faits par les infirmiers.

« Le médecin et le chirurgien se suppléent réciproquement en cas d'absence.

« Ils se conforment au cahier des charges de l'entreprise pour la prescription des médicaments et du régime alimentaire. Les observations qu'ils ont à faire à cet égard, ou sur toute autre partie du service des infirmeries, sont adressées par eux au directeur, qui ordonne ce que de droit.

« Le médecin et le chirurgien inspectent, tous les mois, la pharmacie, ensemble ou séparément. L'état dans lequel ils l'ont trouvée est constaté sur un registre tenu à cet effet par le pharmacien, et qui est communiqué au directeur après chaque inspection.

« Il est tenu des cahiers séparés des visites du médecin et du chirurgien. Les prescriptions de chaque jour sont signées par eux immédiatement après la visite.

« Le médecin et le chirurgien tiennent chacun un journal de clinique, dans lequel sont indiqués, pour chaque malade, le commencement, le caractère, les phases et la fin de la maladie. A l'expiration de chaque année, ils remettent au directeur, pour être transmis au ministre, par l'intermédiaire du préfet, un rapport sur les maladies générales qui ont régné dans la maison, leurs causes et les moyens d'en diminuer l'intensité.

« Le médecin et le chirurgien visitent les ateliers, les dortoirs et les autres parties de la maison, sur l'invitation du directeur, auquel ils proposent les moyens d'assainissement qu'ils jugent nécessaires. Ils sont également tenus, sur la demande du chef de la maison, de vérifier les aliments de la cantine supposés nuisibles.

« Ils visitent, sur le renvoi qui leur en est fait par le directeur ou par l'inspecteur, les condamnés qui réclament, pour raison de santé, contre le genre d'industrie qui leur est assigné. Leur avis, pour un changement de travail ou d'atelier, est motivé et inscrit sur un registre à ce destiné.

« Le chirurgien visite les détenus arrivants.

« Le préfet détermine, sur le rapport du directeur, les heures de visites journalières du médecin ou du chirurgien, suivant les saisons. Il pourvoit également, par un règlement spécial qu'approuve le ministre, aux autres mesures d'ordre que peut exiger le service de santé de la maison. »

Les attributions du pharmacien étaient également importantes, notamment en ce qui concerne l'hygiène alimentaire. En outre, il avait « la police immédiate des infirmiers » sous ses ordres et pouvait les renvoyer. Il faisait transporter à l'infirmerie les détenus tombant malades entre les visites du médecin.

Dix ans plus tard, le « Règlement général pour les prisons départementales », du 30 octobre 1841, soumettait le régime intérieur des prisons départementales à des règles fixes et générales.

La circulaire n° 49, accompagnant ce règlement, rappelait que « la société doit à tous prisonniers, d'abord une nourriture suffisante et saine ; ensuite un coucher propre et des vêtements s'il en est dépourvu. N'oublions pas, en effet, que la loi exige également que toutes les prisons soient telles que la santé des prisonniers ne puisse être aucunement altérée » (art. 605, Code d'instruction criminelle).

On lit dans le règlement de 1841, premier chapitre, paragraphe 7 :

« *Médecins et pharmaciens.*

« 44. *Nomination.* — Le service de santé est fait par un médecin nommé par le préfet. Ce médecin ne peut faire partie de la commission de surveillance de la prison.

« En cas d'absence ou d'empêchement, il sera remplacé par le médecin qui aura été désigné par le préfet ou par le sous-préfet.

« 45. *Visite quotidienne.* — Le médecin est tenu de faire, chaque jour, une visite dans la prison.

« 46. *Ordonnances, mémoires du pharmacien.* — Les prescriptions du médecin sont toujours faites par écrit.

« Elles sont remises, par les soins du directeur ou du gardien-chef, après avoir été revêtues de son visa, au pharmacien chargé de la fourniture des médicaments, lequel doit toujours et nécessairement les reproduire à l'appui de ses mémoires.

« 47. *Registre* AD HOC. — Le médecin visite la prison, les ateliers, les dortoirs, les lieux de punition, etc., au moins tous les quinze jours.

« Il propose des fumigations et autres moyens de salubrité, toutes les fois qu'il le juge nécessaire.

« Il est tenu de consigner ses observations sur un registre *ad hoc.*

« 48. *Rapport annuel.* — A l'expiration de chaque année, le médecin fait un rapport sur les maladies qui ont régné dans la prison et sur leurs causes. Le rapport est adressé au sous-préfet qui le transmet au préfet. »

Le paragraphe 4 du chapitre II intéresse l'infirmerie, le coucher et la nourriture des malades :

« ART. 78. *Nourriture des malades.* — La nourriture des détenus soignés à l'infirmerie sera fournie, sur les prescriptions du médecin, conformément aux règles suivies dans l'hôpital du lieu. »

## LES INFIRMERIES

La nécessité d'infirmeries dans les prisons se fit rapidement sentir. En effet, les médecins ne disposaient pas de locaux où soigner les malades. Or, la santé des détenus devant être préservée et les prisons n'ayant pas d'infirmerie ou celle-ci étant insuffisante, on transférait les détenus dans les hôpitaux.

Ainsi, la loi du 4 vendémiaire an VI sur les évasions et sur les prisonniers *malades transférés dans les hôpitaux* prévoyait, aux articles 15 et 16 : « Les administrateurs municipaux, et tous autres ayant la police des maisons d'arrêt, de justice et des prisons, ne pourront faire passer dans les hospices de santé, sous prétexte de maladie, les détenus, que du consentement, pour les maisons d'arrêt, du directeur du jury; pour les maisons de justice, du président du tribunal criminel ; et, pour les prisons, de l'administration centrale du département, si elle siège dans le lieu où se trouvent les prisons ; à défaut, l'on prendra l'avis et consentement du commissaire du pouvoir exécutif auprès de la municipalité.

« Dans le cas où la translation dans les hospices de santé sera nécessaire, il sera pourvu dans les hospices à la garde des détenus ou prisonniers, à la diligence de ceux qui auront autorisé et consenti la translation. »

Les archives de la ville de Saint-Denis contiennent la lettre suivante, du 7 vendémiaire an X, concernant un transfèrement :

« *Le sous-préfet, au maire de Saint-Denis,*

« Je vous préviens, citoyen Maire, que je viens d'autoriser le maire de Passy à faire transférer au dépôt de mendicité établi en cette commune la nommée Thérèse-Anne Boudin, femme Brunor (séparée d'avec son mari), attaquée de folie, pour qu'on lui administre les secours convenables à son état.

« Je vous prie de donner les ordres au concierge pour la recevoir dans le dépôt de mendicité, lorsqu'on la présentera.

« Je vous salue. »

Très rapidement, des abus dont les officiers de santé étaient sans doute responsables furent dénoncés par une circulaire du 27 juin 1807 qui soulignait, pour la première fois, la nécessité d'établir une infirmerie dans la prison :

« *Le ministre de l'Intérieur, aux préfets,*

« Je suis informé que les officiers de santé chargés du service des prisons délivrent trop facilement aux détenus des certificats au moyen desquels ils sont transférés dans les hospices civils, pour des maladies ou légères ou feintes : là, ils passent à peu près tout le temps que doit durer leur peine et, les administrateurs des maisons de santé, les hommes de l'art, ainsi que les filles de charité, ouvrant aisément l'oreille aux plaintes et aux recommandations particulières, ont trop souvent concouru, par une compassion mal entendue, à cette violation de la loi.

« Pour remédier à cet abus, dont il est aisé de sentir les conséquences, il serait bon que vous fissiez établir une infirmerie dans la maison de détention de votre département, si déjà il ne s'y en trouve pas; vous feriez ensuite disposer, dans les prisons qui en seraient susceptibles, un local particulier, où les prisonniers seraient traités en cas de maladie, sans qu'on eût à redouter leur fuite. Après avoir pris ces précautions, vous inviterez les maires et les sous-préfets à donner des ordres pour que les détenus ne soient pas, indifféremment et sans examen, reçus dans les hospices; et, lorsque leur état de maladie ne permettrait pas que leur translation fût différée, vous exigeriez qu'ils fussent exactement surveillés pendant tout le temps nécessaire à leur guérison et vous tiendriez la main à ce qu'ils fussent exactement reconduits dans la prison où ils étaient renfermés aussitôt que l'état de leur santé pourrait le permettre. »

Le transfèrement des détenus dans les hôpitaux favorisait les évasions. Le « décret sur l'évasion des détenus dans les hôpitaux » du 8 janvier 1810 prévoyait entre autres que, dans les principaux hospices et hôpitaux, soit établie une chambre de sûreté destinée à recevoir les malades en état d'arrestation.

Pour des raisons de sécurité, il fallait donc des infirmeries. Elles devinrent *obligatoires* en 1819 (arrêté du 25 décembre cité précédemment).

La même année, le ministre de l'Intérieur fit faire une enquête auprès des préfets. Les réponses aux questions : « Y a-t-il une infir-

merie ? Est-elle convenable ? » furent presque toutes navrantes. A l'insalubrité, à la promiscuité, au manque de nourriture, il fallait ajouter « dans un grand nombre de prisons, l'absence de cours, de préaux et d'infirmerie ».

*Les infirmeries existant* déjà en 1819 étaient dans un état épouvantable. Dans le compte rendu que M. de La Borde fit d'une visite des prisons de Paris en 1819, on peut lire, à propos de Sainte-Pélagie: « L'infirmerie était composée de trois salles étroites, on rangeait les malades d'après la nature de leur maladie, on y trouvait les enfants avec les vieillards. L'infirmerie était d'ailleurs la partie la plus sale et la plus mal tenue. Les malades y étaient si mal soignés qu'ils préféraient ne pas y aller. »

Giraud décrit ainsi les salles de l'infirmerie de Bicêtre : « Vastes, bien aérées et tenues assez proprement, on y jouit aussi d'une vue fort agréable. Ces avantages, dont le dernier intéresse peu les malades, sont à peu près les seuls qu'ils puissent y rencontrer. Une pharmacie dénuée de médicaments les plus nécessaires, met sans cesse en défaut le zèle et l'art des officiers de santé qui remplacent le médecin... »

Cinq ans plus tard, M. de La Borde présente les choses très différemment : « On y voyait environ quatre-vingts galeux dans une salle, couchés sur deux lits de camp pouvant à peine contenir vingt paillasses d'une largeur d'un mètre. La parcimonie était telle que le médecin était souvent obligé de prendre sur ses ressources personnelles pour fournir les médicaments » (ce médecin était probablement le Dr Pariset).

Les infirmeries de Saint-Lazare semblaient les plus clémentes. Les détenues, examinées par le médecin dès leur arrivée, appartenaient à trois catégories : les femmes de mauvaise vie détenues par autorité administrative, les jeunes filles de moins de 16 ans arrêtées dans la rue en flagrante provocation à la débauche, et les condamnées à la réclusion. A chaque catégorie étaient affectés un quartier et une vaste infirmerie.

Dans la plupart des cas, les infirmeries insuffisantes rendaient les *transfèrements* nécessaires.

La circulaire du 18 juin 1823 rappelait à nouveau la nécessité de placer le prisonnier malade dans un hospice (à défaut d'infirmerie), l'ordre de transfèrement étant délivré par le maire, avec le consentement de l'autorité compétente.

Certains paragraphes de l'instruction du 15 avril 1833 intéressaient le médecin : les demandes de transfèrement d'une maison centrale dans une autre devaient être motivées par des raisons de santé ou de sûreté. Dans le premier cas, le certificat du médecin de

l'établissement devait renfermer la déclaration qu'un changement de climat était nécessaire à la santé du détenu malade, et la désignation de la maison centrale où le médecin supposait qu'elle pourrait s'améliorer.

L'instruction prévoyait le transfèrement des condamnés aliénés et des épileptiques :

« *Condamnés aliénés.*

« L'aliénation mentale peut donner lieu au transfèrement d'un condamné soit dans un hospice, soit dans tout autre établissement spécialement affecté au traitement des aliénés; mais il faut pour cela que le condamné atteint d'aliénation soit une cause de désordre : tel est le cas de démence furieuse. Il n'y aurait aucune utilité à le placer dans un hospice, si sa maladie était réputée incurable, s'il était paisible, et s'il y avait quelque moyen de le séparer des autres détenus. Le médecin et le directeur doivent certifier les circonstances qui leur font juger nécessaire l'envoi d'un aliéné à l'hospice.

« *Epileptiques.*

« L'épilepsie, lorsque les attaques sont violentes et fréquentes, peut aussi motiver le placement d'un condamné dans un hospice, s'il est impossible de lui donner les soins nécessaires dans la maison. Dans ce cas, comme dans le cas précédent, la dépense des condamnés est payée sur les fonds centralisés. Il est bien entendu qu'ils doivent être réintégrés dans la maison centrale aussitôt que le permet l'état de leur santé. »

Le règlement de 1841 précisait encore, à l'article 76 : « S'il y a impossibilité absolue d'établir, dans la prison, des salles d'infirmerie, les prisonniers atteints de maladies graves seront traités dans une salle spéciale de l'hôpital du lieu où est située la prison... »

Des irrégularités graves, ou plutôt des illégalités, étaient souvent signalées. Les abus d'admission dans les hospices furent à l'origine de la circulaire n° 41 du 25 août 1849, dans laquelle nous relevons : « Des détenus ont été transférés dans des hospices, sans motif sérieux et souvent sans que les formalités prescrites par les règlements aient été observées ; quelques-uns ont obtenu l'autorisation de séjourner dans des maisons de santé. » Dans sa conclusion, le ministre demandait que les préfets et les maires s'assurent que le détenu transféré à l'hospice soit sérieusement malade et qu'ils veillent à ce que le détenu réintègre la prison, non pas après guérison complète, mais dès que le traitement ordonné pouvait y être suivi.

Si les infirmeries avaient existé dans les prisons — elles y étaient obligatoires depuis 1819 — tous ces abus auraient été évités. En fait, un demi-siècle plus tard, leur construction n'était guère plus avancée.

En outre, la circulaire du 20 mars 1869 révélait que les gardiens se réservaient très souvent certaines pièces et que les entrepreneurs utilisaient comme chambres de pistole des locaux qui auraient dû être affectés à l'infirmerie.

La création d'infirmeries entraîna celle de la *fonction d'infirmier détenu* qui figure dans le « règlement pour le service des gardiens dans les maisons centrales de détention » du 30 avril 1822. Il était demandé aux gardiens de service dans les infirmeries de veiller à ce que les détenus employés comme infirmiers traitent les malades avec soin, complaisance et bonté.

Le directeur nommait les infirmiers choisis parmi les détenus après avis du médecin ou du chirurgien (règlement d'attributions pour les employés de l'administration des maisons centrales de détention, 5 octobre 1831).

## LES « ECRITURES » DES MEDECINS

Il ne suffisait pas de nommer des médecins dans les prisons, encore fallait-il leur fournir les moyens de soigner leurs malades. Très rapidement, et bien avant qu'on leur demande, les médecins prirent leur plume pour dénoncer l'insuffisance des moyens mis à leur disposition et demander quelques améliorations.

### *Les rapports des médecins*

En 1792, le chirurgien Miquel écrivit un long rapport aux administrateurs du directoire de Nancy, pour signaler l'état sordide des locaux dans lesquels on le forçait d'exercer et protester contre l'esprit qui présidait alors au traitement des vénériens :

> « *Aux administrateurs composant le directoire et le conseil de district de Nancy et du département de la Meurthe.*
>
> « Citoyens,
>
> « Parmi les objets qui méritent plus particulièrement votre attention, je ne balance pas à placer le dépôt de mendicité de cette ville. Depuis longtemps, les officiers de santé à qui il a été confié ont fait entendre leurs voix pour obtenir un autre emplacement, mais soit insouciance de la part de l'Ancien Régime, soit défaut de loisirs de la part de nos administrateurs, rien n'a été, jusqu'ici, statué à cet égard.
>
> « L'art de guérir ne consiste pas uniquement dans la juste application des remèdes, s'ils ne sont aidés par les autres moyens de guérison, parmi lesquels il faut surtout compter sur la salubrité de l'air, le médecin le plus habile verra rarement ses efforts couronnés par les succès.
>
> « Un air humide et dont le renouvellement est pour ainsi dire impraticable ne peut pas être regardé comme un air sain ; tel est cependant celui qui règne dans cette maison. Bordée au midi et au nord par des bâtiments d'une hauteur considérable, dominée à l'ouest par une élévation de terrain de 12 à 15 pieds et d'un mur de pareille hauteur dont la salle, destinée aux hommes, n'est séparée que par une petite cour de la largeur de 12 pieds ou environ, la maison entière n'offre, encore aujourd'hui, malgré les réparations que l'on y a faites, que l'aspect d'un vaste cachot.

« Cette maison est spécialement destinée au traitement des victimes du libertinage qui, vouées peut-être trop légèrement au mépris, mais faites cependant pour intéresser l'humanité des âmes sensibles, ne peuvent, en raison de leur indigence, se procurer les secours convenables. Tout le monde sait que pour obtenir quelques succès dans le traitement de ces maladies, il faut une transpiration abondante et longtemps soutenue. L'air de la maison, en général, s'y oppose, mais bien plus encore la disposition des salles qui leur sont destinées. Elles sont toutes pavées en briques, aucune n'est plafonnée et les fenêtres, dont la disposition est on ne peut plus mal entendue, y joignent si mal que malgré une énorme consommation de bois, on ne parvient pas, à beaucoup près, à leur procurer, dans les temps froids, le degré de chaleur nécessaire, ce qui occasionne des accidents fâcheux, dont le moindre désavantage est pour les malades un traitement plus long et, pour le Trésor public, une plus grande dépense.

« La salle destinée aux hommes est moins malsaine, parce qu'elle prend jour à l'est sur la rue et à l'ouest sur la cour commune qui est assez spacieuse et bien aérée. Aussi leur traitement ne dure-t-il que deux mois environ, tandis que chez les femmes il s'étend quelquefois à six mois, à un an et plus.

« Aux obstacles physiques qui s'opposent ou qui retardent la guérison des malades, il s'enjoint encore dans le moral qui intéressent autant l'administration par rapport aux bonnes mœurs que le médecin par rapport à son état ; c'est la communication des deux sexes qu'il est presque impossible d'empêcher. Si, dans toutes les maladies, le silence des passions est indispensable, à plus forte raison l'est-il dans la maladie vénérienne. Mais comment compter sur la tranquillité des sens, chez la femme surtout, dont les passions sont toujours très vives, quand dans les premiers instants de convalescence elles peuvent voir et écouter librement les hommes qui ont la même inclination au vice et qu'elles connaissaient peut-être auparavant de la manière la plus intime ?

« Il est temps, citoyens, que la République française s'occupe d'un établissement qui est le seul moyen à opposer aux ravages et à la propagation de la maladie vénérienne et dont l'Empire et toutes les nations en général, si elles suivent notre exemple, doivent retirer un jour la plus grande utilité.

« Désignez pour cela, parmi les maisons ci-devant religieuses, celle qui joindra à un air sain assez d'espace pour procurer aux hommes un logement séparé de celui des femmes et un troisième pour les fous. Il conviendrait de leur assigner deux salles ; dans l'une elles seraient traitées jusqu'à disparition totale des symptômes, dans l'autre elles passeraient le temps de leur convalescence jusqu'à parfait rétablissement.

« Le surplus de la distribution ayant plus de rapports avec l'administration qu'avec la médecine, n'est plus de mon ressort.

« Nancy, le 14 décembre, l'an I de la République,
« Miquel,
« *Docteur-médecin*,
« *Chirurgien-chef du dépôt de mendicité.* »

A la suite de ce rapport, des travaux de réparation et d'aménagement furent entrepris à la Tonderie et durèrent près de deux ans. Le dernier jour complémentaire de l'an III (21 septembre 1795), à 5 heures du matin, le concierge et les gardes de la Tonderie acheminèrent leurs malades vénériens, par les rues des Sans-Culottes et de Grève, à l'ancien couvent d'Elisabeth de Ranfaing, qui allait

devenir pendant cent dix-neuf ans l'hôpital des vénériens de Nancy.

Voici un rapport trouvé dans les archives de Saint-Denis :

« Le 28 fructidor, an X

« *Haguette, officier de santé de la maison de répression de Saint-Denis, au citoyen Maire de la ville,*

« Citoyen,

« Depuis trois jours, il est mort dans la maison douze hommes et onze femmes, sans qu'il y ait apparence de maladies contagieuses. Les malades montent, en grande partie, aux infirmeries dans un état d'épuisement et d'affaiblissement surprenant, et le plus grand nombre périt dans un accès de fièvre.

« Après avoir mûrement examiné quelle pouvait être la cause de ce désastre, je m'empresse de vous faire part de mes observations, et vous prie d'y remédier promptement, sans quoi tous les infortunés vieillards périront, sans que le secours de l'art puisse garantir de cette contagion.

« 1. — Les détenus sont encombrés dans les dortoirs; ce qui fait que l'air y est très malsain.

« 2. — Les grandes chaleurs qui viennent d'avoir lieu n'ont fait qu'accroître l'air méphitique qu'ils ont respiré dans ce même dortoir.

« 3. — L'eau de la Seine dont ils ont manqué très souvent et dont ils ont bu avec abondance, lorsqu'elle arrivait, a dû contribuer à leur donner des maladies.

« 4. — Il y a des réparations très urgentes à faire dans toutes les latrines; ce qui exhale une odeur infecte dans toute la maison. Cette seule cause peut donner lieu à une épidémie très désastreuse.

« 5. — Les infirmes ont toujours eu 26 décagrammes et demi, 20 onces de pain blanc, au lieu de 75 décagrammes, une livre et demie de pain bis qu'on leur donne d'après les dispositions de votre arrêté en date du 29 pluviôse dernier, où il paraît que le pain blanc ne doit être donné qu'aux malades, ce qui m'a ôté la facilité quand un malade descendait de l'infirmerie de le mettre au traitement des infirmes pendant quelque temps. Il ne différait de celui des valides que par la qualité du pain.

« Je remarque que les vieillards ne peuvent point digérer le pain bis qui est d'une mauvaise qualité, et que cette réforme ne présente d'économie que 2 centimes par personne; ce qui doit engager le gouvernement à leur rendre leur ancien traitement, que vous trouverez désigné dans tous les marchés passés avec les entrepreneurs et dans l'ancien règlement de la maison.

« J'ai l'honneur de vous saluer.

HAGUETTE. »

Laënnec et Darbefeuille, inspectant les maisons d'arrêt de Nantes en mai 1793 — c'est-à-dire pendant la Terreur — signalèrent au directoire du département le mauvais état sanitaire des prisons et le grand nombre de malades.

Guillaume Laënnec, l'oncle du célèbre Laënnec, écrivait au conseil du département : « L'encombrement des chambres du château a tellement méphitisé l'air intérieur que si la chaleur dure huit jours

les malheureux détenus y étoufferont, et que, pour quoi que ce soit au monde, je ne m'exposerai à entrer dans ce cloaque où l'odeur des latrines et l'haleine de quarante-cinq hommes, dans un parc de 20 pieds carrés, effrayeraient le médecin le plus familiarisé avec les exhalaisons des hôpitaux. »

Citons encore le rapport que le médecin d'Ensisheim adressait au préfet du Haut-Rhin en 1817 : « La presque totalité des malades sont atteints de phtisies pulmonaires et d'hydropisies, affections où l'art échoue, surtout sur des tempéraments détériorés par le chagrin de la détention et une nourriture peu nutritive, n'étant composée que du régime maigre pendant toute l'année. Ces motifs m'ont déterminé à vous supplier d'avoir la bonté de faire donner à tous les détenus deux fois de la viande par semaine, moyen qui deviendrait économique en diminuant le nombre des malades à l'infirmerie. »

Les autorités responsables étaient donc averties des besoins sanitaires. Les rapports restaient les seuls moyens pour obtenir des améliorations, et les médecins en avaient compris très tôt la nécessité.

En 1819, Pariset, médecin de Bicêtre, demandait dans ses observations sur l'hygiène des prisons que l'« on tînt un registre destiné à recevoir l'histoire des maladies survenues aux prisonniers et dont un extrait serait chaque année envoyé au conseil général des prisons, pour être soumis à l'examen spécial d'une commission ». Ce registre devint en 1831 le « journal de clinique » porté dans les attributions du médecin. D'autre part, les médecins et chirurgiens devaient remettre au directeur, pour être transmis au ministre par l'intermédiaire du préfet, un rapport sur les maladies générales ayant sévi, leurs causes et les moyens d'en diminuer l'intensité.

En réponse à diverses questions du ministère de l'Intérieur, l'Académie royale de médecine adoptait en 1835 un rapport sur le service médical des maisons centrales de force et de correction.

A la première question : « Les rapports des médecins et des chirurgiens des maisons centrales sont-ils rédigés de manière à fournir tous les renseignements capables de mettre l'Académie à même de prononcer en connaissance de cause ? », l'Académie répondait : « Tous les rapports sont loin d'être rédigés de manière à fournir les renseignements demandés.

« L'Académie regrette que les médecins aient eu trop rarement l'attention d'indiquer les rapports qui ont existé entre les vicissitudes atmosphériques et la nature et le nombre des maladies.

« Elle exprime le désir que les autopsies cadavériques aient plus communément lieu; car c'est de cette partie si essentielle que la science doit retirer les plus féconds éléments de progrès. »

L'Académie demandait enfin que le journal de clinique et le cahier de visite soient le même dans toutes les prisons et donnait un modèle de feuille d'observations dont le journal de clinique ne serait que le relevé ou le sommaire.

La même année, M. Boileau-Castelnau publiait dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* un rapport très complet sur la maison centrale de Nîmes, qu'il avait transmis au ministre et qui n'était probablement pas parvenu jusqu'à l'Académie royale de médecine. Il constituait une exception, car les documents de ce type étaient alors rares ou incomplets. Des circulaires ministérielles donnent à penser que lorsqu'ils existaient, les rapports restaient statistiquement inexploitables. Pour cette raison, Duchatel, ministre de l'Intérieur, adressa au préfet, en 1842, une « instruction sur les rapports annuels des médecins et chirurgiens des maisons centrales » contenant des questionnaires sous forme de tableaux qui devaient permettre une étude objective de l'état sanitaire des prisons :

1er tableau : Population au 1er de chaque mois. Décomposition de cette population par périodes d'âge. Sa répartition entre les différents genres d'industries exercés dans la maison.

2e tableau : Admission à l'infirmerie. Journées de maladies. Récidives. Décès. Nature des maladies observées dans l'année.

3e tableau : Etat sanitaire par rapport à l'influence des saisons.

4e tableau : Etat sanitaire considéré par rapport à l'influence des âges.

5e tableau : Etat sanitaire considéré par rapport à l'influence des professions exercées dans la maison centrale.

6e tableau : Classification des détenus décédés, suivant :

1° la profession qu'ils exerçaient avant leur condamnation;

2° l'état de leur constitution au moment de l'emprisonnement;

3° la nature de leur peine;

4° la durée de leur captivité.

7e tableau : Résultat statistique de l'année précédente.

8e tableau : Renseignements numériques :

1° sur la mortalité de la population libre de même âge et de même sexe que les détenus;

2° sur les maladies et la mortalité des troupes de la garnison;

3° sur la mortalité dans les principaux hôpitaux civils du département.

Ces questionnaires-tableaux constituaient un réel progrès dans l'organisation sanitaire des prisons. La circulaire du 20 août 1842 ajoutait deux nouveaux tableaux à remplir par l'administration : l'un portant sur les mouvements de la population des infirmeries, l'autre étant un état nominatif des détenus décédés. Dans cette circulaire, le ministre Duchatel ne cachait pas que « d'autres rensei-

gnements pouvaient avoir aussi leur utilité pour compléter et, surtout pour contrôler le travail des médecins ».

En résumé, le médecin de prison devait tenir plusieurs écritures. Il faisait ses prescriptions par écrit, consignait ses observations sur un registre, tenait le journal de clinique et adressait son rapport annuel à la fin de chaque année.

### *Le certificat médical*

De plus, dans certaines circonstances, le médecin rédigeait un certificat médical.

La thèse de Bernier, sur les prisons de Nantes, contient le certificat suivant : le 5 floréal an II, l'officier de santé Valteau certifiait « que le nommé Fleury est affecté de mal vénérien pour lequel il a besoin de secours qu'on ne peut lui administrer dans cette maison ».

Le certificat médical était souvent rédigé lors de transfèrement, tel celui-ci trouvé dans les archives de Saint-Denis (1) :

« Je soussigné, officier de santé de la commune de Franciade (2), département de la Seine, certifie que le citoyen Yves Neveu (3), détenu dans la maison d'arrêt de ladite commune, est attaqué de fièvre aiguë, lequel est dans l'impossibilité de continuer sa route dans cet état de maladie.

« *Franciade,*
« le 10 germinal an VII
« de la République une et indivisible,

« HAGUETTE. »

« Le ci-dessus dénommé est hors d'état d'être transféré pour la même cause de maladie et ne peut supporter la voiture.

« le 11 germinal an VII de la République,

« HAGUETTE. »

Le règlement de 1841 rendit le certificat médical obligatoire. Le médecin devait certifier que le transfèrement pouvait avoir lieu sans danger.

## LE TRAITEMENT DES MEDECINS

Nous possédons peu de renseignements sur le traitement des médecins de prisons.

---

(1) Ces archives contiennent aussi un certificat en partie illisible demandant un secours de nourriture.

(2) Nom de la ville de Saint-Denis pendant la Révolution.

(3) Yves Neveu, prévenu d'émigration, mourut le 24 germinal de la même année, à la prison.

Ceux des prisons de Nantes recevaient 300 livres par mois pendant la Terreur.

En 1837 (d'après le Code des prisons), il était rare qu'un médecin ou un officier de santé ne soit pas attaché aux prisons n'ayant pas d'infirmerie (ne fût-ce que pour apprécier les cas exigeant l'envoi des malades à l'hôpital et examiner les détenus à transférer).

Ces fonctions n'étaient pas rétribuées ; mais le médecin bénéficiait de la franchise de patente. Cependant, dans la plupart des localités, il recevait un traitement variant selon l'importance des prisons : 150 francs à 800 francs, et parfois 1 000 francs.

En 1844, une ordonnance du roi du 17 décembre fixait le traitement des employés des maisons centrales comme suit :

*Aumôniers, médecins, chirurgiens, pharmaciens, instituteurs :*

| | |
|---|---|
| 1re classe | 1 800 francs |
| 2e classe | 1 500 francs |
| 3e classe | 1 200 francs |

(Il s'agissait de médecins résidants.)

En 1870, un arrêté ministériel, se rapportant aux employés des maisons centrales de force et de correction, des pénitenciers agricoles et des colonies publiques de jeunes détenus, fixait les traitements suivants :

*Aumôniers, médecins, pharmaciens internes :*

| | |
|---|---|
| 1re classe | 2 000 francs |
| 2e classe | 1 800 francs |
| 3e classe | 1 500 francs |

*Médecins, pharmaciens externes :*

| | |
|---|---|
| 1re classe | 1 800 francs |
| 2e classe | 1 500 francs |
| 3e classe | 1 200 francs |
| 4e classe | 1 000 francs |
| 5e classe | 800 francs |

## LE REGLEMENT DU SERVICE DE SANTE (1860)

L'organisation du service de santé des prisons s'est constituée progressivement à partir de 1791. Les différents règlements et circulaires apportaient des précisions supplémentaires concernant les fonctions des médecins, des chirurgiens, des pharmaciens. Mais il manquait un règlement propre au service de santé ; c'est le 5 juin 1860 que cette période d'organisation, longue de plus d'un demi-siècle, se termina par le règlement du service de santé des maisons centrales.

Le premier article résumait les attributions de ce service :

« Article premier. — Le service de santé, dans les maisons centrales, comprend :

« 1. — La visite des détenus au moment de leur entrée dans la maison centrale ;

« 2. — La visite des détenus autorisés par l'administration à réclamer, pour cause de santé, les soins de la médecine, l'exemption de travail, un changement de profession, etc. ;

« 3. — La visite des détenus, soit dans les cellules et quartiers de punition, soit dans les ateliers, dortoirs et préaux, toutes les fois qu'elle est réclamée par le directeur ;

« 4. — Le traitement des maladies des détenus, des gardiens et des religieuses ;

« 5. — La préparation et la distribution des médicaments ;

« 6. — La surveillance des préparations alimentaires destinées à l'infirmerie ;

« 7. — La surveillance et la police des infirmeries au point de vue médical ;

« 8. — Le droit d'adresser, par écrit, au directeur un avis sur toutes les questions qui intéressent la santé des détenus, et le devoir de donner par écrit un avis sur toutes les questions posées par le directeur, en ce qui concerne le service de santé ;

« 9. — La tenue des écritures médicales et pharmaceutiques. »

Ce règlement fixait la compétence du médecin et du chirurgien. En particulier, il précisait que le service chirurgical comprenait, outre les maladies chirurgicales et les accouchements, les maladies scrofuleuses, cutanées et syphilitiques. Les pansements étaient faits par le chirurgien ou sous sa surveillance par les détenus infirmiers, enfin le chirurgien faisait les saignées et pratiquait l'extraction des dents.

L'article 35 énumérait les neuf écritures médicales :

« 1. — Les notices individuelles, statistiques et médicales, où sont consignés, au moment de l'entrée dans la prison, les résultats de la visite médicale, et successivement jusqu'à la sortie du détenu, ou jusqu'à son décès, tous les renseignements propres à constituer une observation médicale complète (modèle n° 1) ;

« 2. — Le registre nominatif et quotidien des admissions à l'infirmerie (modèle n° 2) ;

« 3. — Le registre du mouvement de la population de l'infirmerie (modèle n° 3) ;

« 4. — Le cahier des prescriptions faites à la visite de l'infirmerie (modèle n° 4) ;

« 5. — Le cahier des prescriptions faites à la visite de la consultation (modèle n° 5) ;

« 6. — Les relevés de ces divers cahiers pour la pharmacie, la cuisine, les bains, l'administration et l'entreprise ;

« 7. — Le registre des avis du médecin sur les demandes des détenus, en ce qui concerne le service de santé, mutation d'ateliers, suppléments de vivres, etc. (modèle n° 6) ;

« 8. — Le registre des avis et rapports du médecin sur les détenus en particulier et sur les diverses questions de l'hygiène des détenus et de la prison en général ;

« 9. — Les états de la statistique médicale annuelle. »

Enfin, il déterminait les mesures à prendre en cas d'absence ou de maladie du médecin.

Avec ses quarante-sept articles, ce règlement de 1860 représentait, pour l'administration, le résultat de nombreuses années d'effort et constituait un élément essentiel de l'évolution de la médecine pénitentiaire.

### III. — HYGIENE PENALE

Il est plus facile de suivre l'évolution de l'organisation sanitaire après la Révolution que d'essayer de retracer un tableau exact de la médecine des prisons. D'un côté nous possédons des textes, de l'autre quelques manuscrits trouvés dans des archives et les rapports annuels des médecins. Heureusement, à partir de 1829, des études, souvent importantes, sont publiées dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale,* dont le premier texte fut consacré à un « Mémoire sur la mortalité dans les prisons », de Villermé.

Le terme d'hygiène pénale de Moreau-Christophe correspond mieux à la réalité. Le passage de la médecine ancienne à la médecine moderne coïncide en effet avec la première moitié du XIX[e] siècle. Le rôle du médecin de prison était certes de soigner les maladies, mais, proportionnellement, son rôle d'hygiéniste était plus important. Il était peu armé pour lutter contre les maladies, mais il contribuait à l'amélioration de l'état sanitaire des prisons en réclamant des infirmeries, une alimentation plus adaptée, etc. Dans son ouvrage *Traité de médecine légale et d'hygiène publique* (1813), Fodéré, médecin légiste et médecin de prison, consacrait un très court chapitre aux prisons et soulignait l'utilité des infirmeries.

Les études des médecins portaient essentiellement sur la mortalité dans les prisons, l'alimentation des prisonniers et les maladies.

#### LA MORTALITE DANS LES PRISONS

L'officier de santé Haguette commençait l'un de ses rapports par ces mots : « Depuis trois jours, il est mort dans la maison douze hommes et onze femmes... »

Le citoyen Thomas, médecin à Nantes, déclarait le 26 mai 1794 avoir vu mourir soixante-quinze détenus en deux jours.

La mortalité était considérable. La première étude importante traitant de ce sujet fut celle de Villermé qui, en 1820, dans son

ouvrage *Des prisons telles qu'elles sont et telles qu'elles devraient être,* publiait un tableau sur la mortalité dans les prisons sans établir de comparaison par rapport à la population pénale.

Les premières données comparatives avancées quelques années après furent réfutées, et l'on publia alors un état du mouvement de la population des prisons du département de la Seine pendant les onze premiers mois de 1824, qui rapportait le nombre des décès non à la population pénale moyenne, mais au total des individus ayant été détenus dans chaque prison, et ne tenait compte ni de la durée de détention, ni du nombre de transfèrements. Il en résultait qu'il ne mourait qu'un détenu sur cinq cent soixante-six, quand ce n'était sur mille ! « A en croire l'article, rapporte Villermé, il faudrait vivre à la Conciergerie. »

Le mémoire de Villermé, paru en 1829 dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, tient compte de la population moyenne. Les chiffres de mortalité moyenne annuelle, pendant les années 1815, 1816, 1817 et 1818, rapportés sont les suivants :

| | | | |
|---|---|---|---|
| A la Grande-Force | 1 | sur 40,88 | détenus |
| Aux Madelonnettes | 1 | — 38,03 | — |
| A la Conciergerie | 1 | — 32,06 | — |
| A la Petite-Force | 1 | — 26,63 | — |
| A Sainte-Pélagie | 1 | — 24,48 | — |
| A Bicêtre | 1 | — 18,75 | — |
| A Saint-Lazare | 1 | — 17,92 | — |
| Au dépôt de mendicité de Saint-Denis | 1 | — 3,92 | — |

La mortalité moyenne générale était de 1 sur 12,01 détenus ; sans le dépôt de mendicité, elle tombait à 1 sur 23 détenus.

Quinze ans après le rapport de Haguette, la mortalité au dépôt de Saint-Denis demeurait « telle qu'il ne périt pas proportionnellement plus de soldats pendant une guerre meurtrière ».

En province, dans plusieurs dépôts de mendicité, la proportion moyenne annuelle des décès par rapport à la population moyenne atteignait :

— A Laon, pendant une période de treize années finissant en 1826, 1 individu sur 4,32 ;

— A Nancy, en 1789, 1 sur 5; et en 1801, 1 sur 3,22 ;

— A Auch, pendant une période de cinq années, 1 sur moins de 3 ;

— A Metz, 1 sur 8 ; sur 13 en 1789 ; et sur 2,22 en 1801 ;

Dans les maisons centrales de détention, la situation semblait un peu moins sombre :

— A Beaulieu, près de Caen, la mortalité moyenne était de 1 sur 9,10 de 1814 à 1819 ; et de 1 sur 14,40 de 1819 jusqu'à 1826 ;

— A Melun, de 1 sur 6,92 pendant 1817 et 1818 ; et de 1 sur 14,76 de 1819 à 1822 ;

— A Gaillon, de 1 sur 9,22 pour la période de 1817 à 1820 ; et sur 12,46 pour celle de 1820 à 1826 ;

— A Embrun, sur une population moyenne de 800 détenus, L. Barthès relève 128 décès en 1811, et 189 en 1817. La mortalité s'éleva annuellement de un dixième jusqu'en 1825.

La mortalité moyenne de la maison d'arrêt de Saint-Flour était exceptionnellement faible : 1 sur 47 de 1818 à 1826.

Un rapport du ministre de l'Intérieur au Conseil général des prisons de France révélait qu'en 1827, dans seize maisons centrales de détention, 1 condamné sur 22 mourut et que la moyenne des décès dans toutes ces maisons fut de 1 sur 16 pour les hommes, et de 1 sur 26 pour les femmes.

Il est intéressant de comparer la mortalité dans les prisons et dans les bagnes, où elle était — à l'exception de Rochefort — nettement moins élevée : « Réputés les plus criminels, les plus pervers des prisonniers, soumis à un régime de rigueur extrême, marqués par le fer chaud du sceau ineffaçable de l'infamie, enchaînés deux à deux, traités comme des bêtes féroces, ils ont cependant, à certains égards, surtout pour des gens profondément immoraux que ne sauraient toucher ni la honte ni le repentir, une existence beaucoup plus tolérable que celle des autres prisonniers : ils font de l'exercice en plein air, ils sont mieux nourris, mieux vêtus, bien soignés dans leurs maladies... »

La mortalité moyenne était, de 1816 à 1828 :

— Au bagne de Lorient, de 1 sur 39,17 ;

— Au bagne de Brest, de 1 sur 27,06 ;

— Au bagne de Toulon, de 1 sur 20,55 ;

— Au bagne de Rochefort, de 1 sur 25,01 en 1816, 1817 et 1818 ; de 1 sur 7,53 les cinq années suivantes ; de 1 sur 14,28 de 1824 à 1828. La moyenne, pour ces douze années, était de 11,51.

Le bagne de Rochefort reçut la première chaîne de forçats le 9 octobre 1766, juste un siècle après que Louis XIV eut fait commencer les travaux du port.

La mortalité des forçats y fut toujours excessive. Au commencement du XIX^e^ siècle, la condamnation aux travaux forcés (séjour minimum de cinq ans) équivalait, pour la grande majorité des forçats qu'on envoyait dans ce bagne, à la peine de mort.

Le mémoire de Villermé fait ressortir l'énorme différence entre les « chances de vie » des personnes emprisonnées et des personnes

libres. En comparant « la mortalité des malheureux qui étaient enfermés dans la plupart des prisons avec la mortalité commune dans toute la France, ils auraient perdu, pendant le temps de leur emprisonnement (je n'étends point ma proposition au-delà), les chances, termes ordinaires, de 17, 25 ou 35 années de vie ; et tandis qu'ils gagnaient les chances de dix-huit mois dans le bagne de Lorient, les simples accusés détenus à Pau perdaient celles de soixante années, pas moins ».

Boileau-Castelnau, chirurgien de la prison de Nîmes, faisait la même constatation dans son rapport de 1835 : quand un habitant sur 49,30 mourait dans la ville, un détenu sur 9,80 mourait à la prison. Les chiffres de 1839 montrent une légère amélioration : un décès sur 12,32 détenus.

Il concluait : « Quand il meurt une personne libre, de l'âge des prisonniers de notre maison, il meurt près de trois détenus. »

Très rapidement, les médecins dénoncèrent l'insalubrité, l'encombrement et surtout la nourriture insuffisante, causes de cette excessive mortalité.

Le travail de Toulmouche permet de suivre l'évolution de la mortalité à la prison de Rennes pendant une trentaine d'années. Il montre les facteurs qui influèrent sur son taux.

*TABLEAU DE MORTALITE*

*DE L'AN X DE LA REPUBLIQUE JUSQU'A L'ANNEE 1833*

*en établissant la proportion décès par cent*

| | | | |
|---|---|---|---|
| An X | 16 | 1812 | 15 |
| An XI | 12 | 1813 | 39 |
| An XII | 27 | 1814 | 7 |
| An XIII | 19 | 1815 | 9 |
| 1806 | 15 | 1816 | 9 |
| 1807 | 5 | 1817 | 15 |
| 1808 | 14 | 1818 | 13 |
| 1809 | 11 | 1819 | 10 |
| 1810 | 10 | 1820 | 16 |
| 1811 | 9 | 1821 | 14 |
| *Moyenne* | **13,80** | *Moyenne* | **13,70** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1822 | 10 | 1829 | 6 |
| 1823 | 6 | 1830 | 14 |
| 1824 | 9 | *Moyenne* | **6,40** |
| 1825 | 8 | | |
| 1826 | 5 | 1831 | 5 |
| 1827 | 10 | 1832 | 5 |
| 1828 | 10 | *Moyenne* | **5,00** |

Ce tableau révèle que pendant les vingt premières années la moyenne de mortalité fut à peu près constante, tandis que de 1822 à 1831 des résultats beaucoup plus favorables — le chiffre de mortalité ayant diminué de plus de moitié — furent observés. Pendant cette période de neuf années, « on s'occupa le plus d'assainissement, on espaça davantage les lits, on cessa d'y faire coucher deux et même quelquefois trois détenus valides ou autant de malades, on agrandit un peu l'établissement, on améliora le régime alimentaire, on perça dans les ateliers et les dortoirs des ouvertures propres à y renouveler l'air, etc. ».

Les années de plus grande mortalité furent l'an XII (plus du tiers de la population) ; puis l'année 1813, où sévit une disette ; celle de 1820, au cours de laquelle les cours et les ateliers furent inondés.

Grâce au docteur Toulmouche, qui prit ses fonctions au début de 1831, le taux de mortalité s'abaissa jusqu'à égaler celui de la ville de Rennes.

La forte mortalité était principalement due à l'insuffisance de l'alimentation des détenus. L'année de disette (1813) marque le taux de mortalité le plus élevé : 39 %.

Les efforts entrepris dans ce domaine pendant les trente premières années du XIX^e^ siècle portèrent leurs fruits et furent surtout sensibles à partir de 1819, sous l'influence de la Société royale des prisons qui attirait l'attention sur le sort des prisonniers par « de fréquents reproches, justes ou injustes, adressés à ceux qui les gouvernent ».

Mais après 1830, le taux de mortalité resta très longtemps stationnaire. Celui de la maison centrale de Nîmes oscilla, de 1840 à 1847, entre 1 mort sur 9 détenus, 1 sur 23, avec une moyenne de 1 sur 17. Les chiffres restent sensiblement les mêmes après 1875.

Par une circulaire du 25 mai 1842, le ministre ordonna des recherches sur la mortalité. Les résultats de l'exploitation des documents fournis par les directeurs, les médecins des maisons centrales et le ministère de la Marine pour les bagnes furent publiés en 1844

par M. R. Chassinat, docteur en médecine. Cette étude montre que la mortalité atteignait annuellement 4, 5 et 6 %, c'est-à-dire le double au moins de ce qu'elle était dans la vie libre. Mais ces statistiques n'ont pas débouché sur les améliorations attendues. En 1857, le docteur Huet, médecin à la Roquette, signalait que l'insuffisance de la qualité et de la quantité des aliments distribués aux jeunes détenus était responsable du taux de mortalité et de nombreux cas de maladies.

M. Villermé avait déjà constaté l'influence de l'alimentation sur la mortalité : « La mortalité était très forte dans la maison centrale de Beaulieu, près de Caen, avant que les détenus y eussent tous les jeudis de la viande et de la soupe grasse. M. Diey, son directeur actuel, a eu la satisfaction d'y diminuer encore la mortalité en apportant un simple changement dans la distribution des vivres. Le changement dont il s'agit consiste à faciliter aux prisonniers, avec l'argent qu'on leur donne chaque semaine, l'achat d'une ration de viande ou ragoût, et d'une bouteille, sans plus, de cidre le dimanche, le lundi et le mardi. »

## LE REGIME ALIMENTAIRE

Les rapports des médecins, et de très nombreux textes, circulaires et ordonnances du Code des prisons permettent de suivre l'évolution des régimes alimentaires.

La loi du 22 juillet 1791, titre II, article 6, dit que « la maison fournira le pain, l'eau et le coucher » aux individus condamnés correctionnellement. La loi du 6 octobre de la même année n'accorde aux criminels que « du pain et de l'eau ». Le prix du complément donné devait être retenu du produit du travail jusqu'à concurrence de ses deux tiers. Mais rien n'était réglé d'une manière uniforme à l'égard des prévenus et des accusés. L'arrêt du 23 nivôse an IX mit fin aux incertitudes en accordant indistinctement à tous les détenus une ration de pain et la soupe. Le ministre de l'Intérieur informa les préfets (28 ventôse an IX) que la ration de pain devait être de 24 onces, et que la soupe serait faite avec des légumes. Corneille rapporte en effet qu'à la Grande-Force on ne fournissait « aux détenus qu'un pain de munition d'environ une livre et demie et une cuillerée de liquide malpropre qu'on appelle soupe ».

Le régime alimentaire se résumait au pain et à l'eau. Le code de 1810 ordonnait au maire, aux préfets, de veiller à ce que la nourriture des prisonniers soit suffisante et saine. Cette prescription resta théorique, car les années qui suivirent furent marquées par des disettes dont les détenus subirent les conséquences. Les directeurs se trouvaient dans des situations difficiles. Celui d'Eysses évita la

famine à ses prisonniers en avançant en 1811-1812 plusieurs milliers de francs pris sur ses biens personnels.

Une circulaire de 1819 précisait la composition du pain et celle de la soupe, dans laquelle il devait entrer, outre le sel et le beurre, deux onces de pain et une quantité suffisante de légumes verts ou secs. Mais tous les détenus ne recevaient pas cette soupe. Les réponses des préfets à cette circulaire révélaient qu'à cette époque la distribution des soupes n'était régulière que dans cinquante-trois départements. Elle se faisait, dans quarante-quatre, aux frais de l'administration seule et, dans neuf autres, partie par l'administration, partie par la charité. Dans les autres départements, cette distribution avait lieu à intervalles plus ou moins longs, soit aux dépens de l'administration et de la charité, soit aux dépens de la charité seule.

La viande n'a fait partie de la nourriture officielle du détenu qu'en 1829, où elle fut donnée une fois par semaine, ainsi qu'une soupe grasse. En fait, la viande a certainement été introduite dans l'alimentation un peu avant.

Villermé rapporte la même année que « les condamnés travaillant dans des ateliers reçoivent de la viande une fois par semaine, et des légumes, auxquels les simples accusés n'ont pas droit ». A Riom, toutefois, les ouvriers employés au polissage des glaces recevaient une nourriture exclusivement végétale.

La ration du forçat, déterminée par une ordonnance du 3 février 1823, se composait, par homme valide et par jour, de pain frais avec une once de fromage et de légumes secs ; et pour ceux qui travaillaient, d'un demi-litre de vin, ou le double en bière ou cidre. Avec une ration moins forte en pain et en vin, les forçats invalides avaient de la viande quatre fois par semaine.

Le véritable régime alimentaire du détenu, en fait, date du Gouvernement de Juillet. On le trouve dans l'*Extrait du cahier des charges pour l'entreprise générale du service des maisons centrales de force et de correction* d'août 1830.

Les détenus de la maison centrale de Rennes bénéficièrent rapidement de ces nouvelles mesures. La nourriture consistait, pour chaque individu, en une livre et demie de pain de froment pur, cinq décilitres de soupe par jour, une ration à déjeuner et une pitance de quatre décilitres de légumes cuits à dîner ; le jeudi, en une soupe grasse, dont la viande est donnée le soir avec des légumes pour pitance ; le dimanche, en riz, et aux quatre grandes fêtes, en une soupe grasse le matin et de la viande le soir. Il était ajouté pour trempage deux onces et demie de pain blanc pour les hommes, deux pour les femmes, et les mardis et vendredis, trois pour les deux sexes. En outre, le tiers de leur gain leur étant laissé, les détenus

pouvaient se procurer à la cantine toutes les boissons et aliments autorisés et tarifés par l'administration.

Le médecin et le chirurgien prescrivaient le régime des infirmeries : pain blanc, bouillons, viandes, légumes, pâtes, pruneaux, laitages (Toulmouche).

L'introduction de la viande dans l'alimentation a été rapidement critiquée, blâmée même, comme constituant une sorte de luxe et formant un contraste fâcheux avec la nourriture des classes laborieuses. Il est vrai qu'à cette époque la plupart des habitants de la campagne et des ouvriers des villes mangeaient rarement de la viande.

Dans une « instruction sur le règlement général pour les prisons départementales » de 1841, le ministre répondait à ces critiques en disant « qu'un régime à la viande une fois par semaine est aussi utile dans les prisons départementales qu'il peut l'être dans les maisons centrales de force et de correction, pour la conservation de la santé des détenus ».

Le règlement de 1841 adoptait le régime alimentaire des maisons centrales pour les maisons départementales, amenant ainsi une amélioration sensible du sort des détenus. Cependant, les rapports des inspecteurs généraux signalaient que, dans un certain nombre de prisons, la nourriture des détenus était tellement réduite par mesure de punition qu'elle devenait insuffisante.

Parmi les punitions les plus fréquentes, les privations alimentaires tinrent une bonne place. Tardieu, dans le *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité,* cite :

« 1. — Le peloton de punition. Pour des infractions légères à la discipline, les détenus ne peuvent participer aux repas en commun et n'ont droit qu'à une ration de pain sec qu'ils sont tenus de manger debout dans la salle de réfectoire.

« 2. — L'interdiction de la cantine.

« 3. — La privation de légumes, ce qui réduisait le régime journalier des détenus au pain et à la soupe exclusivement.

« 4. — La privation du matelas pendant la nuit.

« 5. — La salle de police, où ils étaient renfermés avec une ration de pain sec pour aliment.

« 6. — Le cachot ou cellule obscure, où ils se trouvaient privés des rations administratives : le prix du pain, seul aliment qu'ils pouvaient obtenir, était prélevé sur leur pécule.

« 7. — Enfin, le piton, espèce de crucifiement qui finissait souvent par provoquer l'évanouissement. »

Ces abus firent l'objet de la circulaire du 16 avril 1853. Le ministre y demandait que le nombre de jours pendant lesquels il y aurait lieu de réduire la nourriture soit déterminé après avis du

médecin. Enfin, il recommandait que le détenu ne reste jamais plus de trois jours sans recevoir le régime alimentaire complet.

Pourtant, la situation resta longtemps stationnaire. Le docteur Hurel, médecin de la prison de Gaillon, déclarait en 1867 la nourriture insuffisante (elle n'avait guère changé depuis 1830). Le régime y était le suivant :

> « Il est délivré chaque jour à chaque condamné, indépendamment du pain, de soupe, une ration de 700 grammes de pain composé de deux tiers de farine de froment blutée à 12 % d'extraction de son et un tiers de farine de seigle ou d'orge blutée à 21 %.
>
> « Le dimanche, le jeudi, à l'Ascension, à l'Assomption, à la Toussaint et à Noël, il est fait un service gras comprenant :
>
> « Le dimanche et les jours de fête : le matin 5 décilitres de bouillon provenant de la cuisson de la viande destinée au repas du soir, avec 75 grammes de pain ; le soir une portion d'au moins 75 grammes de viande cuite et désossée, et une pitance d'au moins 3 décilitres de pommes de terre.
>
> « Le jeudi : le matin une soupe contenant 5 décilitres de bouillon provenant de la cuisson de la viande destinée au repas du soir, avec 75 grammes de pain ; le soir une portion d'au moins 60 grammes de viande cuite et désossée, et une pitance d'au moins 3 décilitres et demi de riz.
>
> « Les autres jours de la semaine, il est fait un service maigre comprenant : le matin une soupe contenant 4 décilitres de bouillon, avec 70 grammes de pain ; le soir une soupe semblable et, en outre, une pitance d'au moins 3 décilitres de pommes de terre les mardi et vendredi, et de pois, lentilles ou haricots alternativement les lundi, mercredi et samedi. »

Le règlement de 1830 constituait un véritable progrès par rapport à l'état antérieur (et il est pour une bonne part dans la baisse du taux de mortalité à la même époque). Mais le système avait ses défauts, l'un de nature administrative, car la nourriture du détenu pouvait devenir une peine supplémentaire, l'autre de nature diététique. Le régime déséquilibré, carencé en vitamines, entraînait en particulier des épidémies de scorbut.

## LES MALADIES ET LES MEDECINS DE PRISON

Le service médical dans *Les prisons de Nantes sous la Terreur,* titre d'une thèse de médecine, est l'un des premiers et des plus importants que nous connaissions après 1789. L'auteur, Bernier, utilisant de nombreuses archives, a montré, en particulier, le courage et le dévouement des nombreux médecins qui donnèrent leurs soins aux détenus. Dans ces circonstances, certes exceptionnelles à bien des égards, la présence de médecins fut d'autant plus nécessaire que le nombre des détenus était considérable, et les maladies et les épidémies particulièrement graves. Il faut rappeler les faits.

Au début de la Révolution, la prison de Nantes — le Bouffay — détenait 139 prisonniers, 114 hommes et 25 femmes. La Vendée s'agite en 1793, les Chouans sont battus et les troupes républicaines ramènent à Nantes un grand nombre de prisonniers. La même année, la Convention nationale décrète l'arrestation des suspects sur toute l'étendue du territoire. Les prisonniers de plus en plus nombreux affluaient à la prison du Bouffay. C'était pour la plupart des Vendéens : femmes, enfants et vieillards qui n'avaient pu fuir. Ces malheureux arrivaient dans un état physique lamentable. Le Sanitat, vaste établissement qui servait d'hospice, fut transformé en infirmerie. Mille deux cents détenus malades s'entassaient dans cette prison-infirmerie devenue rapidement insuffisante.

On transforma les couvents, les entrepôts, tous les bâtiments libres et, faute de place, on utilisa des bateaux : *la Thérèse, Maria-Emilia, la Gloire, la Louise, l'Intention* devinrent des prisons flottantes où la mortalité était considérable : quatre-vingts morts en quarante-huit heures, sur deux cents hommes enfermés.

Pendant la Terreur, Nantes compta une vingtaine de prisons, pour environ 13 000 détenus, dont 5 000 périrent noyés, 3 000 moururent de maladie, 2 000 furent guillotinés ou fusillés, et les autres retrouvèrent la liberté.

Ces circonstances n'empêchèrent pas les médecins d'accomplir leur devoir. Il fallait même beaucoup de courage pour oser tenir tête à un Carrier « tyran sanguinaire » et à sa bande de « marats ».

Le chirurgien Darbefeuille, réclamant en séance du conseil général de la commune des moyens pour rendre la détention plus supportable, fut aussitôt incarcéré, et continua de donner ses soins comme prisonnier. Après sa libération, il n'eut plus pour objectif que d'améliorer l'état sanitaire des prisons révolutionnaires.

Le chirurgien Thomas fit également preuve d'humanité et de courage pour protéger ses malades. Il le fit à sa manière, en tablant sur le prestige de l'uniforme. Revêtu de son uniforme de chirurgien des armées de la République, sabre à la main, pistolet à la ceinture, il se campa fièrement dans l'embrasure de la porte et déclara qu'on marcherait sur son cadavre avant d'enlever une seule femme pour la noyer. Les détenues malades furent ainsi sauvées. Il décrivit des scènes atroces : à l'Entrepôt, « je trouvai, en entrant dans cette affreuse boucherie, une grande quantité de cadavres épars çà et là ; je vis des enfants palpitants ou noyés dans des bailles pleines d'excréments humains. Mon âme était brisée... Je traverse des salles immenses, m'efforçant de parler un langage d'humanité qui semblait tout nouveau aux malheureuses femmes dont j'étais chargé de constater l'état. Mon aspect les fait frémir ; elles ne voyaient d'autres

hommes que leurs bourreaux. Je les rassure, je leur parle le langage de l'humanité ».

Guillaume Laënnec joua un grand rôle en tant que médecin des prisons et proposa de nombreuses mesures. Citons encore Godebert, chirurgien et professeur d'accouchement ; Bisson, professeur de chirurgie à Nantes ; Larue, mort du typhus contracté en prison ; Bodin, Michel, chirurgien ; Arnould, médecin ; Poisson et Valteau, officiers de santé, et la citoyenne Créteil, sage-femme qui pratiquait, sous la direction des professeurs, tous les accouchements laborieux et touchait 10 livres pour chacun.

Parmi les maladies et les épidémies qui sévissaient dans ces prisons, le typhus était la plus redoutable. Il y eut trente à quarante morts par jour, à l'Entrepôt, pendant l'épidémie de 1793. Les détenus souffraient aussi de dysenterie. Le 14 août 1793 an II de la République, « le citoyen Forget, concierge de la maison d'arrêt des ci-devant Saintes-Claires, a prévenu le conseil que beaucoup de détenus avaient la disenterie et qu'il était urgent de les faire traiter ». La petite vérole, la gale, les maladies vénériennes, le scorbut sévissaient. Les fièvres puerpérales faisaient, semble-t-il, des ravages — le fait paraît unique dans l'histoire de la médecine pénitentiaire — car les femmes emprisonnées étaient nombreuses. Le pharmacien Hectot, après une visite à l'Entrepôt, raconte qu'« une femme était accouchée sans être délivrée, puisque son enfant y était encore adhérent ».

Un rapport de Haguette, alors officier de santé, donne un état des maladies mortelles des prisons pendant la Révolution :

« Les maladies qui ont attaqué les détenus du *dépôt de mendicité de Saint-Denis*, dans les mois de nivôse et pluviôse, ont pour cause le froid qui supprime la transpiration, surtout aux vieillards habillés trop légèrement dans cette maison, qui ont seulement un habit, un pantalon et un bonnet...

« Beaucoup d'individus attaqués de disenterie. Par cette cause d'accumulation de trop d'hommes ensemble, leur séjour dans les dortoirs, surtout les infirmes qui restent couchés dans le jour et enveloppés en totalité dans leur couverture, cela leur causait un affaiblissement sans remède, et la plupart sont morts deux jours après leur entrée à l'infirmerie.

« Ceux qui ont guéri à une première maladie, ne résisteraient point à la seconde. Le défaut de linge blanc, la mauvaise qualité du pain des malades et des valides dans le mois de nivôse.

« En général, des sujets qui sont ou qui ont été accablés par toutes espèces de maladies contagieuses et sont toujours dans les hôpitaux doivent abréger leur vie par les suites de vice dans les liquides.

« Résulte de tout que sur quatre cents malades traités dans l'infirmerie pendant les mois de nivôse et pluviôse, il en est mort cent trois.

*Nivôse :*

| | |
|---|---|
| Disenterie | 8 |
| Fièvre aiguë | 10 |
| Maladie de poitrine | 9 |
| Epilepsie | 1 |
| Maladies chroniques | 7 |
| De vieillesse | 7 |
| Coqueluche | 2 |
| | 44 |

*Pluviôse :*

| | |
|---|---|
| Phtisie | 5 |
| Disenterie | 10 |
| Fièvre aiguë | 9 |
| Maladie de poitrine | 7 |
| Epilepsie | 2 |
| Paralysie | 6 |
| Morts subites | 2 |
| Maladies chroniques | 5 |
| Dentission | 2 |
| De vieillesse | 11 |
| | 59 |

« Haguette Augustin,
« *officier de santé.* »

*Les premières thèses sur la médecine des prisons*

Au début du XIX[e] siècle, trois thèses de médecine furent consacrées à la médecine de prisons :

1813 — Bouchet : *Dissertation sur les maladies qui affectent les prisonniers de guerre détenus à bord des pontons de Plymouth ;*

1819 — Maugin : *Essai sur l'hygiène des prisons ;*

1820 — Maindrault : *Quelques considérations médicales sur la prison de Bicêtre.*

Celle de Bouchet, bien que s'intéressant aux prisonniers de guerre, est la première thèse de médecine pénitentiaire.

Prisonnier de guerre en Angleterre durant plusieurs années, employé comme chirurgien à l'un des hôpitaux destinés à recevoir les nombreux malades provenant des pontons de Plymouth, l'auteur observa les maladies qui régnaient dans « ces affreuses demeures où gémissent des milliers d'infortunés que le sort de la guerre y a précipités ».

Après avoir décrit les pontons ou *prison ships,* « vastes tombeaux flottants », l'auteur traitait de l'influence de l'air sur les malheureux prisonniers français, des aliments dont on les nourrissait, de leur vie et leurs occupations, des passions considérées comme responsables de maladies, et enfin des maladies les plus fréquentes : le typhus, la tuberculose et le scorbut.

Des deux autres thèses, celle de Maugin est la plus intéressante.

Maugin rapporte que les maladies les plus fréquentes étaient la fièvre dite des prisons, la variole et la dysenterie. Il insiste sur

la nécessité d'une infirmerie dans chaque prison et sur certaines règles d'hygiène : « Des bains froids et chauds suivant les convenances doivent être donnés, chaque détenu doit être baigné à son arrivée et au moins une fois chaque mois. » Enfin, il demande que la nourriture soit saine et suffisante, préconise le travail, la promenade, les jeux d'adresse et les moments de loisir avec distribution de livres et d'instruments de musique (!).

*Les maladies*

Villermé constate en 1820 que les conditions de séjour dans la plupart des prisons étaient identiques à celles observées dans les habitations basses, humides et obscures, et que *les maladies* ne différaient, comme leurs causes, que par plus d'intensité. Ce sont « les rhumatismes, la diarrhée, les catarrhes opiniâtres, l'étiolement, la mollesse des chairs, la bouffissure, l'anasarque, le scorbut, les cachexies diverses, la langueur et l'affaiblissement au physique et au moral ».

Tardieu insiste surtout sur la fréquence des scrofules et des phtisies pulmonaires. Parmi les détenus de sexe masculin, trois décès sur huit étaient dus à cette dernière affection, et un sur trois pour les femmes. Les maladies chroniques étaient plus nombreuses que les maladies aiguës chez les hommes détenus, mais Chassinat avait constaté le contraire pour les femmes.

Toulmouche donne un état beaucoup plus détaillé et plus précis des causes de mort, enregistrées pendant trois années, à la prison de Rennes, par ordre décroissant de fréquence : la phtisie pulmonaire, la pneumonie et la pleuro-pneumonie, la pleurésie, les entérites, l'ascite, les maladies organiques du cœur, l'apoplexie pulmonaire, la péritonite, les affections cérébrales, les carcinomes de l'utérus, l'hydrothorax, l'angine laryngée, la phlébite, etc. :

« Les maladies, notées dans l'ordre de leur plus grande fréquence durant les années 1831-1832-1833 par le même auteur, furent : des fièvres intermittentes, 485 ; des gastrites ou irritations d'estomac, 470 ; des bronchites, 277 ; des phtisies pulmonaires, 238 ; des entérites, 120 ; des embarras gastriques, 104 ; des pneumonies et pleuro-pneumonies, 90 ; des angines tonsillaires et pharyngiennes, 57 ; des rhumatismes aigus, 57 ; des pleurésies, 44 ; des rhumatismes chroniques, 40 ; des gastro-entérites, 31 ; des affections vénériennes masquées, des fluxions dentaires, des engorgements glandulaires, des ménorrhagies, 31 ; des hématémèses, 27 ; des maladies organiques du cœur, 24 ; des érysipèles, 18 ; des aphonies, des hémoptysies, des leucorrhées, des stranguries, des ascites, des otites, des dilatations bronchiques, des péritonites, des névroses variées, des érythèmes, des gastralgies et des phlegmons critiques, 16 ; des hystéries, 14 ; des œdèmes, 12 ; des épilepsies, 10 ; des fièvres continues et des apoplexies pulmonaires, 10 ; des asthmes ou emphysèmes des poumons, 9 ; des névralgies sciatiques et des congestions cérébrales, 9 ; des ictères, des carcinomes de l'utérus, 5 ; des méningites, des glossites, des diphté-

ries générales, des urticaires, des éruptions miliaires, des céphalées catarrhales, des hépatites, des angines laryngo-trachéales, des ramollissements du cerveau, des orchites, 4 ; enfin, des apoplexies, des gastro-duodénites, des hydrocéphales aigus, des hydrothorax, des scarlatines, des parotides et des gangrènes du poumon, 2.

« Par rapport au sexe, la fréquence des maladies différa essentiellement : ainsi, la phtisie pulmonaire attaqua un bien plus grand nombre de femmes que d'hommes : 80 des premières pour 60 des seconds. Le chiffre des bronchites l'emporta encore bien davantage pour elles, puisqu'il fut de près des trois quarts plus considérable ; tandis que celui des pneumonies et pleuro-pneumonies fut le même, et les pleurésies des cinq sixièmes plus nombreuses chez elles. Les phlegmasies, ou simples irritations des organes digestifs, s'observèrent également plus souvent dans le département des femmes, puisque dans les trois années que je cite on y compta 448 gastrites, 91 entérites, 29 gastro-entérites et 57 embarras gastriques ; tandis que dans celui des hommes il ne fut admis que 22 gastrites, 26 entérites, 5 gastro-entérites et 45 embarras gastriques.

« Les femmes résisteraient également moins bien aux causes qui, dans la maison centrale de Rennes, développent dès les mois de février et mars des fièvres intermittentes qui continuent à y régner presque endémiquement jusqu'en novembre et décembre, que les hommes, puisque dans les années 1831 et 1832, 309 furent atteintes, tandis que 112 seulement des seconds en souffrirent. Les fièvres tierces furent les plus nombreuses, ensuite les quotidiennes, puis les quartes ; elles affectèrent quelquefois une forme larvée, mais le plus souvent elles coïncidèrent avec les phlegmasies gastriques, et alors elles résistaient à toute préparation de quinine, avant que ces dernières n'eussent été combattues.

« La moitié sont mal ou même pas réglées, ce qui donne lieu à de fréquentes attaques d'hystéries, à des hématémèses, ou à des névroses difficiles à guérir. Les affections rhumatismales furent également plus nombreuses chez ces dernières que parmi les hommes. Cependant, la différence fut peu forte, si l'on réfléchit que la plupart de ceux-ci, exerçant la profession de tisserands, devraient, par leur séjour dans des ateliers humides, y être plus sujets ; mais comme correctif, il y a aussi chez eux plus de force de résistance aux causes de maladie.

« L'asthme ou emphysème des poumons semble attaquer de préférence le sexe mâle, ce qui peut dépendre des efforts auxquels il se livre, et de la respiration des aigrettes ou poussière qui se lève du chanvre qu'il pèle et carde. Quant aux autres affections, elles se balancèrent à peu près dans les deux sexes. »

On remarque la place importante occupée dans cette longue énumération par les affections gastriques, qui viennent au premier rang.

Le service chirurgical du même établissement accueillit, en 1831, 223 détenus des deux sexes, dont, au département des hommes : 4 dartreux, 35 galeux, 11 vénériens, 4 ophtalmiques et 64 atteints de blessures, d'otites, de furoncles, d'odontalgies, de catarrhes, de fluxions dentaires... et à celui des femmes : 16 dartreuses, 26 galeuses, 18 vénériennes, 12 ophtalmiques et 45 maladies chirurgicales.

Toulmouche étudie ensuite la relation entre la fréquence des affections et les conditions météorologiques, mais n'en déduit pas de notions pathologiques particulières. Il ne signale pas, par exemple,

que les affections gastriques soient plus fréquentes chez les détenus que chez les individus libres. Ainsi les médecins des prisons de 1830 n'envisageaient pas que certaines maladies soient particulières au milieu carcéral.

Ce rapport sur la prison de Rennes donne une idée de l'importance du mouvement dans les infirmeries et de l'activité des médecins.

Avant 1819, à la prison de Bicêtre, le nombre moyen des malades était de 80 sur une population de 820, c'est-à-dire un dixième, mais certains jours il atteignait 113 (Villermé). A la maison centrale de Nîmes, en 1839, pour une population moyenne de 1 250 détenus, 8 806 prescriptions furent faites à la consultation, et le chirurgien et le médecin donnèrent 3 596 jours d'exemption de travail.

En 1847, les médecins traitèrent 1 299 malades et l'on compta 18 958 journées d'infirmerie, ce qui correspondait à une moyenne journalière de 52 malades.

Lélut, médecin du dépôt des condamnés à Paris, rapporte que l'infirmerie abritait, en moyenne, 20 à 25 malades, sur une population de 400 détenus. Cette proportion était analogue en 1846 dans la plupart des prisons (mais les infirmeries étaient rapidement combles lors des épidémies).

*Les épidémies*

Plusieurs écrits montrent la fréquence des épidémies dans les prisons. En 1793, Laënnec avertissait le conseil de la commune de Nantes de l'existence d'épidémies de typhus et de scorbut. Ces deux maladies sévissaient le plus fréquemment à l'état d'endémie dans la plupart des prisons et continuèrent à faire des ravages pendant plusieurs décades. Le typhus, encore appelé fièvre des prisons, constituait un véritable fléau.

En 1866, M. d'Eggs, médecin en chef des prisons civiles de Strasbourg, signalait une épidémie de typhus très meurtrière qui enleva le médecin en chef des prisons, deux sœurs de charité, quatre gardiens et plus de cent détenus.

Les épidémies de fièvre typhoïde et de choléra étaient aussi meurtrières. Dans son rapport de 1854 sur les colonies agricoles de jeunes détenus, M. Perrot établit que ces deux maladies portèrent le taux de mortalité de 2,43 à 3,51 % pour les garçons, de 4,91 à 6,05 % pour les filles, et donne en outre les chiffres suivants :

| | |
|---|---|
| 1855 — La colonie de la Corse a perdu ..... | 29 enfants sur 90 |
| 1860 — *Idem* ..... | 37 enfants sur 368 |
| 1856 — La colonie de Petit-Bourg ..... | 100 enfants sur 547 |
| 1856 — La colonie d'Oswald ..... | 67 enfants sur 350 |
| 1859 — *Idem* ..... | 54 enfants sur 260 |

M. d'Eggs signalait une épidémie d'ophtalmie granuleuse. Plus de quarante enfants furent atteints sur une population de cent quatre-vingts. L'histoire de cette épidémie montre le rôle du médecin dans l'hygiène des établissements pénitentiaires. Les moyens thérapeutiques employés devinrent vite insuffisants. Le crayon de nitrate d'argent appliqué procurait bien quelque soulagement, mais n'apportait pas la guérison. Il importait de connaître la cause première. « Je ne fus pas peu surpris, rapporte le médecin, d'apprendre que nos jeunes détenus, bien portants et malades, se lavaient les yeux tous les matins dans un baquet commun. » La source de l'infection une fois connue, le remède était facile, et le mal disparut.

Les mesures d'hygiène nécessaires devaient être prises par les médecins, sur leurs propres initiatives. Il existait bien une circulaire de 1832 sur les précautions sanitaires à prendre dans les prisons en cas d'épidémie de choléra, mais elle se bornait à recommander aux préfets d'améliorer le régime des infirmeries, en cas d'invasion de choléra, si le médecin le jugeait utile, sans autres précisions.

La circulaire du 11 juin 1859, plus importante que la précédente, contient les mesures à prendre par les directeurs des maisons centrales dans les cas d'invasion d'épidémies. Le directeur devait demander au médecin son opinion écrite sur la nature, les caractères et la gravité de l'épidémie. A dater du premier jour de l'invasion de l'épidémie, le médecin rédigeait tous les cinq jours, un bulletin détaillé de la marche de la maladie, indiquant le nombre des détenus entrés à l'infirmerie pendant la période, présents à l'infirmerie à la date du bulletin, décédés ou sortis guéris. Il mentionnait en même temps la nature du traitement employé et les résultats sommaires de l'autopsie. A la fin de l'épidémie, le médecin faisait un rapport spécial rendant compte de l'évolution générale de l'épidémie.

Dans ces circonstances particulières, les mesures d'hygiène étaient essentielles, le rôle du médecin consistait surtout à convaincre l'administration de les prendre, son action étant forcément limitée.

En 1840, Le Ber, médecin de la maison centrale de Clairvaux, fait paraître un petit volume sur *le Scorbut épidémique dans les prisons*. Les épidémies de scorbut sévissaient depuis longtemps, Corneille disait qu'elles étaient fréquentes à Bicêtre ; trois cents détenus de Clairvaux furent atteints en 1827, et Le Ber, dans le même établissement, étudia sept cents cas en trois ans.

Il est intéressant d'étudier certaines idées d'alors sur les maladies et leurs causes. La première notion qui se dégage de l'ouvrage de Le Ber est celle d'une médecine particulière, idée tout à fait nouvelle à l'époque.

« Je dis que le scorbut des maisons de détention est une maladie à part, dont les causes ne sont plus celles du scorbut des cités ou des

vaisseaux, et dont la marche, la durée, la terminaison et le traitement en diffèrent essentiellement. »

Il existe certes des analogies, mais l'auteur constate que les époques d'invasion sont différentes : le scorbut des villes est une maladie de l'hiver ; au contraire, dans les prisons, le scorbut commence avec les chaleurs de l'été.

Le scorbut des prisons n'a de commun avec celui des villes que son action sur les viscères abdominaux et les extrémités inférieures ; il diffère de celui de mer qui agit sur le système glanduleux salivaire.

Déjà, l'auteur soulignait que les maladies des prisonniers avaient beaucoup moins de chance d'être vaincues que celles des gens libres parce que leurs causes étaient permanentes. Les rechutes suivaient fréquemment des convalescences extrêmement longues.

La vie sédentaire à laquelle étaient contraints les détenus passait pour être la cause de certaines maladies. On expliquait ainsi la forte mortalité des hommes par rapport aux femmes, ces dernières étant plus accoutumées à la sédentarité.

On distinguait alors :

— les « causes prochaines » du scorbut : le manque d'exercice musculaire, l'absence de transpiration, la vie sédentaire, l'indolence, la paresse ;

— la « cause éloignée » : une nourriture rendue indigeste par son peu d'acescence. La nourriture composée presque exclusivement de légumes secs était une des causes supposées du scorbut (l'auteur soulignait la rareté des aliments frais).

On faisait intervenir une « impression stimulante des aliments » sur l'estomac : « La cause est à nos yeux un état d'asthénie des organes digestifs, par suite d'une assuétude à l'impression d'aliments d'une nature pâteuse, muqueuse. » Il fallait donner aux malades des substances ayant un effet stimulant. L'ail, l'oignon, l'échalotte contenant un principe volatif très actif, l'auteur les conseillait comme condiments. Il vantait les mérites de la choucroute, qui est « tonique, stimulante, de bon goût et considérée comme un des meilleurs antiscorbutiques connus ».

— la « cause occasionnelle » était une lésion profonde du « principe vital ». L'onanisme, l'inquiétude et l'effroi semés dans les prisons diminuaient l'énergie du pouvoir vital et étaient en conséquence facteurs de scorbut.

Le pronostic devenait favorable chez le sujet vigoureux ; en revanche, les atteintes étaient d'autant plus profondes chez un détenu chétif.

Le Ber envisageait le traitement ainsi : « L'hygiène, le genre d'occupations ou mieux de travaux à adopter dans les prisons, et une alimentation variée... suffiraient pour prévenir les retours du scorbut comme épidémie, et seraient plus puissants que toutes les ressources de la pharmacie... »

« La variété d'aliments préparés et assaisonnés comme il convient est une des conditions les plus propres à éloigner le scorbut. Il faut des aliments frais et des fruits mûrs. Mais le règlement du 10 mai 1839 interdit les fruits de toute espèce, et les aliments frais sont rares... »

« Toutefois, le remède essentiel reste l'exercice. Il faut fortifier leur système musculaire. »

Et il terminait ainsi : « Mais l'avis du médecin qui pourrait être invoqué, pour ne pas dire plus, ne l'est jamais en rien ; ou si cela a lieu quelquefois, c'est pour la forme, encore surgit-il mille objections... »

Le traitement du scorbut se limitait à la prescription d'un régime alimentaire (l'auteur demandait que l'on autorisât la vente de légumes crus à la cantine) et de promenades et d'exercices musculaires. Moreau-Christophe, quant à lui, préconisait que chaque cellule fût pourvue, indépendamment d'instruments de travail, d'un dispositif mécanique propre à exercer les bras et les épaules.

### *L'hygiène pénale*

Le médecin avait essentiellement un rôle d'hygiéniste. Moreau-Christophe pouvait dire, en 1838 : « L'hygiène pénale est fondée. » L'expression d'hygiène pénale correspond bien à ce qu'était la médecine pénitentiaire au début du XIX[e] siècle. La thérapeutique restait empirique et peu efficace ; par contre, l'observation des lois de l'hygiène permettait d'obtenir des résultats satisfaisants. Le docteur d'Eggs donnait des chiffres très significatifs :

De 1845 à 1856 ..... 354 scorbutiques, 40 morts
De 1856 à 1866 ..... 33 scorbutiques, 2 morts

Le courage, le dévouement et l'humanité des médecins des prisons de Nantes restera un exemple. Outre ses soins, le médecin apportait souvent quelque réconfort moral au détenu qui seul pouvait l'en remercier. Il le faisait parfois d'une bien étrange manière. Giraud rapporte dans son livre cette anecdote, à propos du docteur Lanefranque, le médecin « humain, sensible et généreux », de Bicêtre :

« Le docteur s'était laissé escamoter une très belle montre ; il arriva à Bicêtre de fort mauvaise humeur. Il avait à visiter quelques détenus

de la coste de ceux à qui il attribuait sa mésaventure, et ne se montrait pas très doux ce jour-là. Ils s'informent familièrement de la cause de son humeur ; et il le leur apprend en leur reprochant que tandis qu'il a pour eux plus de soins qu'ils n'en méritent, leurs collègues pour récompense lui ont volé son bijou. Eux de rire, de le plaisanter à leur manière, de prétendre même que ce ne sont point des voleurs qui l'ont dérobé ; "et puis pourquoi, ajoutent-ils, n'avez-vous pas étranglé votre montre ?

— Etranglé ma montre ? Que disent donc ces coquins ?

— Mais oui, quand on est quelque part où il faut de la prudence, on tord d'un tour ou deux son gousset avec la montre dedans, et cela déroute les plus habiles escamoteurs.

— Bien obligé ; mais c'était hier qu'il fallait m'apprendre cela.

— Allons, allons, consolez-vous."

« Et aussitôt l'un des drôles en appelle un qui était de service pour recevoir les rapports de Paris, lui conte l'aventure du docteur, lui dit qu'ils veulent que sa montre soit retrouvée, et elle le fut. »

CHAPITRE III

# LA MEDECINE PENITENTIAIRE ET LE REGIME CELLULAIRE

La loi du 5 juin 1875 sur le régime des prisons départementales prescrit à l'article premier que « les inculpés, prévenus et accusés seront à l'avenir individuellement séparés le jour et la nuit », et à l'article 2: « Seront soumis à l'emprisonnement individuel les condamnés à un emprisonnement d'un an et un jour et au-dessous. »

Deux systèmes coexistaient alors : le système pensylvanien qui passionna les esprits bien avant 1875 et suscita des discussions encore longtemps après, et le système auburnien. Les criminalistes se répartirent en deux camps opposés. L'un prônait le système pensylvanien ou système cellulaire intégral pour tous les degrés de l'emprisonnement, et l'autre le système auburnien ou emprisonnement cellulaire de nuit et vie en commun de jour. Ce fut la querelle des pensylvaniens et des auburniens. La participation active et parfois même passionnée de certains médecins de prisons pour défendre tel ou tel système est un fait nouveau.

## I. — LE REGIME CELLULAIRE AVANT 1875

L'origine du système pensylvanien remonte à 1790, date à laquelle Franklin décida de créer en Pensylvanie, à Philadelphie, une véritable prison cellulaire. En France, vers cette époque, le philanthrope La Rochefoucauld-Liancourt (1747-1827), disciple de Beccaria et de Howard, estimait également que l'isolement était un agent efficace de moralisation pour le coupable.

Le législateur révolutionnaire proclama la nécessité de cette séparation dans le Code pénal de 1791 :

> « Art. 14. — Tout condamné à la peine de la gêne sera enfermé seul, dans un lieu bien éclairé, sans fers, ni liens. Il ne pourra avoir, pendant la durée de sa peine, aucune communication avec les autres condamnés ou avec des personnes du dehors. »

Dès 1798, La Rochefoucauld-Liancourt demandait au Directoire la création d'une prison cellulaire pour trois cents condamnés. Mais l'idée parut trop hardie. Le Code de 1810 ne reprend pas la disposition de 1791. Aux premiers jours de la Restauration, on parla de créer une prison cellulaire d'essai qui recevrait cent jeunes gens de moins de 25 ans, condamnés criminels ou correctionnels. Liancourt, désigné comme directeur, élabora un projet de règlement complet qui fixait les détails de l'organisation du nouveau régime. Cet audacieux novateur ne fut pas appelé à mettre ses théories en pratique. Le retour de l'île d'Elbe avait mis fin au projet.

Le régime pensylvanien connut ensuite une grande faveur sous la Restauration et la Monarchie de Juillet, après la mission en Amérique de MM. de Tocqueville et de Beaumont.

La circulaire du 2 octobre 1836 ouvrait une ère nouvelle. Elle annonçait que, désormais, seuls seraient approuvés les plans des maisons d'arrêt dressés en vue de l'emprisonnement individuel.

Celle du 9 août 1841 la compléta en donnant un programme et des plans pour la construction de ces maisons. C'est d'ailleurs vers cette époque que commença l'édification de la Petite-Roquette et de Mazas.

C'est aussi à ce moment que naquit une *querelle à propos d'un article de Moreau-Christophe* — « De la mortalité et de la folie dans le régime pénitentiaire » — paru dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* en 1839. Dans cette étude, l'auteur répondait à deux mémoires ayant pour titre, l'un *Observations sur l'hygiène des condamnés du pénitencier de Genève*, et l'autre *Examen médical et philosophique du système pénitentiaire*. Leurs auteurs, MM. Coindet et Gosse — le premier, médecin des aliénés ; le second, médecin et membre de la Société suisse d'utilité publique — tentaient de prouver que le système d'emprisonnement individuel de jour et de nuit pratiqué dans le pénitencier de Philadelphie altérait bien plus la raison et la santé des détenus que celui du pénitencier d'Auburn. Après avoir répondu aux arguments de ces deux auteurs, Moreau-Christophe concluait que non seulement le régime de Philadelphie n'augmentait pas la mortalité ni ne rendait fou, mais que les détenus qui le subissaient étaient aussi bien portants que dans les meilleurs pénitenciers d'Amérique, aussi bien portants qu'à Berne où les prisonniers travaillaient en plein champ.

Peu après, Carrière, critiquant l'article de Moreau-Christophe, « ce don Quichotte des gens de l'administration », disait-il, reprit en particulier l'un des arguments de MM. Coindet et Gosse sur l'influence de la vie sédentaire comme cause de maladie : l'action puissante et miraculeusement curative de l'exercice musculaire ne constituait-elle pas le remède principal du scorbut ? Les organes ont

besoin de certaines conditions d'action. Carrière montre que le silence absolu imposé dans ces pénitenciers entraîne une atonie du larynx, « de là à la tuberculisation, il n'y a qu'un pas ». On expliquait de la même façon les affections du cerveau, des muscles et des organes abdominaux.

Carrière, tout en s'opposant aux admirateurs du système américain (MM. de Tocqueville, de Beaumont et Moreau), voulait beaucoup plus défendre le rôle du médecin que détruire un système. « Ce qui doit surprendre, disait-il, c'est que les médecins ne soient presque pas consultés dans cette question où il s'agit de l'homme dans sa constitution physique comme dans sa nature intellectuelle. » Carrière, dans ses conclusions, a une attitude très réaliste et même d'avant-garde sur la personnalisation de la peine. « Il faut punir dans les limites que permet le tempérament individuel ; il faut que le criminel soit étudié dans son caractère, dans ses antécédents, pour régler là-dessus, et les limites de la punition corporelle et la direction spéciale qui doit être imprimée à l'enseignement moralisateur. »

La même année, J. Baillarger, dans *la Gazette médicale de Paris*, détruit complètement les attaques de Carrière. Il réhabilite Moreau en produisant une lettre de ce dernier adressée à Ramon de La Sagra, dans laquelle il déclare qu'il n'y a « d'admissible en France que le système français, c'est-à-dire le système qui exclura tout à la fois de nos prisons le silence absolu et la solitude absolue, les conversations libres et la vie en commun des détenus ». Moreau avait en effet apporté d'importantes modifications — que Carrière semblait ignorer — au système américain. La suppression du contact entre détenus restait la modification importante qu'il fallait obtenir.

La révolution de 1848 avait empêché le vote, par la Chambre des pairs, d'un projet de loi sur l'emprisonnement cellulaire déjà accepté en 1844 par la Chambre des députés. Le système, quoique non encore consacré législativement, était introduit en fait dans le système pénitentiaire français. L'administration prenait possession de Mazas en mai 1850 et en 1853 on comptait 4 850 cellules dans 47 prisons départementales, et 15 autres prisons cellulaires étaient en voie de construction ou d'aménagement. Le mouvement fut brusquement interrompu en 1853 par la « funeste circulaire » *de M. de Persigny*, alors que « sur 396 prisons départementales, 250 devaient être reconstruites ou réparées de fond en comble, ou aménagées, et que dans les 46 maisons cellulaires achevées le régime de la séparation individuelle n'était pas régulièrement appliqué, ce qui les rendait pires que les vieilles prisons dont on réclamait la démolition » (rapport de l'Inspection générale de 1852). Ainsi, le nouveau gouvernement assuma la responsabilité de détruire les faibles résultats de plusieurs années d'efforts.

Les raisons en furent données dans un rapport de l'Inspection générale de 1904 :

> « Cette grave résolution fut non seulement motivée par l'étendue des sacrifices pécuniaires restant encore à demander et que l'Inspection générale, qui ne pouvait les dissimuler, estimait à 125 millions, mais surtout par la publication du médecin de la dernière prison du régime commun qui voulait prévenir sa disparition en attaquant le régime de Mazas.
>
> « La faveur dont jouissait l'auteur de cette brochure lui permit de modifier l'opinion de l'Académie de médecine, de triompher de l'autorité d'aliénistes tels que Lebet et Saulze qui avaient démontré l'innocuité de la séparation individuelle, et même de réfuter les conclusions de la commission scientifique nommée peu auparavant pour étudier le régime hygiénique de la nouvelle prison cellulaire. »

*La prison Mazas, à Paris,* remplaçant la prison de la Force, était devenue la prison modèle du régime cellulaire. Pourtant, quelque temps après son ouverture, des détenus se plaignirent de l'insalubrité des cellules, qu'ils attribuaient à l'insuffisance de ventilation ; le préfet de police nomma alors une commission chargée d'examiner les conditions physiques de salubrité qui y régnaient. La rédaction de la partie médicale fut confiée à Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu. Le rapport contient une étude détaillée de la ventilation, du chauffage, de l'éclairage et des effets de l'isolement tels que les voient les détenus. La plupart sont « satisfaits » de la cellule, à part quelques récidivistes ; ils acceptent le régime cellulaire sans répugnance, à condition d'avoir du travail.

Le régime alimentaire à Mazas était suffisant et le médecin ne prescrivait qu'un nombre restreint de rations supplémentaires (à peine à 3 % des détenus).

L'état sanitaire n'avait jamais été aussi satisfaisant. En deux ans (1850-1852), on nota seulement vingt-cinq décès, dont deux affections aiguës et onze phtisies pulmonaires ; proportionnellement à la Force, le chiffre eût dû être de cinquante-six. La gale, les maladies vénériennes avaient disparu.

Le fait qu'il y ait ou non des suicides servait souvent d'argument en faveur d'un système donné. Une étude particulière fut faite lorsqu'il y eut à Mazas douze suicides en deux ans, sur une population totale de 12 542 détenus. Elle révéla que sept suicides avaient eu lieu dans les dix premiers jours de détention, les trois autres survenant après la condamnation, tous par pendaison. La comparaison avec le nombre de suicides de la population libre montre une légère différence. Pour les années 1846, 1847, 1848, la moyenne annuelle était de 3 350 suicides pour 35 millions d'habitants, soit 1 sur 10 447 ; en tenant compte de la différence d'âge et de sexe par rapport à la population pénitentiaire, la proportion atteint 1 sur 5 681 habitants. Dans le département de la Seine, après cor-

rections, Guérard arrive à 1 suicide sur 1 291 habitants : « En présence de ce chiffre, le total des suicides de la prison de Mazas, qui est annuellement de 1 sur 1 050, ne paraît guère considérable, et à coup sûr il n'est pas anormal, pour une prison s'entend. »

Dans les prisons ordinaires, le docteur Lélut trouvait 1 suicide sur 1 539 sur une période de dix-huit années ; à la Force, 1 sur 1 210.

« On le voit, dit le docteur Guérard, il n'y a réellement pas à se préoccuper du nombre des suicides à la prison de Mazas. »

Quant à l'aliénation mentale, la proportion était notablement inférieure à celle que signalaient les états relevés dans les prisons en commun. Mais tout le monde ne partageait pas les conclusions du rapport de Guérard.

Vers la fin de l'Empire, en 1868 et 1869, le gouvernement était conscient que le plus grand nombre de récidives était dû à la promiscuité créée par la circulaire de 1853. La grande enquête parlementaire, ordonnée par l'Assemblée nationale le 25 mars 1872, et résumée dans les travaux de MM. Bérenger, d'Haussonville et Voisin (1874), révéla la situation fâcheuse, à maints égards, du système pénitentiaire français.

## II. — LA LOI DU 5 JUIN 1875

Sous l'impulsion de ces rapporteurs, l'Assemblée nationale vota, le 5 juin 1875, une loi qui instituait le régime de la séparation individuelle dans les maisons d'arrêt et dans les maisons de correction départementales. Elle fut complétée par la loi du 4 février 1893 et par le décret du 19 janvier 1923.

Le principe du système consistait en l'isolement complet du détenu à tout moment du jour et de la nuit.

Quand le détenu tombait malade, il ne pouvait être soigné dans une infirmerie où il aurait pu communiquer avec d'autres sujets. Le plan de construction de la prison de Mazas ne prévoyait pas d'infirmerie, mais des *cellules de malades*. Un document officiel, relatif à l'application de la loi de 1875, précise ce qu'elles doivent être :

> « On devra réserver pour le traitement des détenus malades un nombre de cellules dont la proportion, par rapport à l'effectif, sera d'environ 5 %, sans qu'il y en ait cependant moins d'une pour chaque sexe.
>
> « Les cellules d'infirmerie seront plus spacieuses que les cellules ordinaires ; leur capacité sera de 40 à 45 mètres cubes.
>
> « L'accès de ces cellules sera tel qu'on puisse en approcher avec une civière.

« On aura soin de les placer, autant que possible, à l'exposition la plus convenable, et, dans les grandes prisons, de les grouper isolément sur un même point, de manière à former un quartier spécial.

« Dans ces derniers établissements, une cellule sera réservée pour la visite du médecin. »

Une instruction de juin 1878 indique que les détenus pourront être admis chaque jour, sur demande, à la visite du médecin, et d'autre part précise *les devoirs du médecin :* il devra passer dans toutes les cellules occupées, une fois par semaine au moins. Les résultats de cette visite seront consignés sur le registre relatif au service de santé. Afin que les prisonniers ne puissent connaître les noms de leurs codétenus, on inscrivait seulement leur numéro d'écrou et de cellule sur les cahiers de prescriptions... Ces dispositions furent reprises dans le règlement du 8 avril 1881.

## III. — LE REGIME CELLULAIRE ET LA SANTE DES DETENUS

Fin 1884, la loi n'avait reçu qu'un commencement d'exécution. Quatorze établissements pénitentiaires seulement étaient totalement ou partiellement adaptés au régime de l'emprisonnement individuel et comprenaient en tout 2 859 cellules, dont 1 134 à Mazas et 464 à la Santé.

Après une dizaine d'années de fonctionnement, une enquête faite par Rivière auprès des responsables de onze prisons permettait de faire un premier bilan. Les médecins reconnaissaient unanimement l'effet bénéfique du système sur l'état sanitaire. La moyenne des journées d'infirmerie est identique à celle des prisons communes, mais la mortalité est inférieure. Des médecins de Pontoise, de Corbeil (le Dr Boucher) constataient que les détenus « en sont sortis vigoureux », alors qu'ils étaient entrés pâles et amaigris.

Toutefois, les médecins de Tours, de Sainte-Menehould, reconnaissaient que le séjour prolongé dans la cellule peut prédisposer à l'anémie, et le médecin d'Angers déclarait que l'anémie et la dysenterie sont les maladies prédominantes.

Tous reconnaissaient que la cellule reste le meilleur moyen pour préserver les détenus des maladies contagieuses et épidémiques. A la Santé, où le mouvement de la population était excessif et disproportionné avec la capacité réelle de la maison, on comptait souvent plus de mille trois cents détenus pour mille cellules ; il y eut sept cas de choléra en quatre ans, contre dix-neuf dans le quartier commun.

Par contre, le nouveau système n'avait aucun effet... sur « les épidémies de scorbut ». L'étiologie de cette maladie était à cette

époque du domaine de l'hypothèse. Le docteur de Beauvais, attaché comme médecin aux prisons de la Seine depuis 1848, avait observé deux épidémies de scorbut : l'une pendant le siège de Paris de 1870-1871, l'autre en 1877. L'épidémie débutait fin février et durait jusqu'en septembre, où elle disparaissait. Les docteurs Joffroy et Petit avaient fait les mêmes observations à l'infirmerie centrale de la Santé. En 1877, on dénombrait vingt et un cas à Mazas, dont un mortel. Pour de Beauvais, le régime alimentaire était le principal responsable. Il mettait en cause l'absence totale de vin (l'unique boisson étant l'eau de Seine non filtrée) et surtout l'alimentation excluant totalement les fruits et les légumes verts.

Le médecin de Mazas demandait de nombreuses mesures prophylactiques : alimentation variée, aération, exercice musculaire, promenades plus fréquentes. Et surtout, il concluait son rapport en disant que le système de détention n'était pas en cause.

Le rapport de Rivière reprenait les conclusions du docteur de Beauvais en ce qui concerne « la folie due exclusivement au régime cellulaire est tout à fait exceptionnelle ; ce régime ne provoque pas plus de suicides que le système d'emprisonnement en commun, tout au plus en faciliterait-il la réalisation ? ».

La plupart des rapports défendaient donc ce type d'emprisonnement cellulaire. Les arguments apportés touchaient surtout à l'hygiène, la santé, la mortalité, la folie et le suicide.

La loi de 1875 n'avait eu que des défenseurs parmi les médecins. Pourtant, à la séance du 22 février 1887 de l'Académie de médecine, le docteur de *Piétra-Santa attaqua le système de l'emprisonnement cellulaire,* déclarant que les résultats étaient fâcheux à Mazas et à la Santé, et que pour l'appliquer il faudrait renoncer à utiliser ces grandes prisons que l'on venait de construire. Enfin, il contestait les conclusions du docteur de Beauvais, médecin à Mazas.

A la suite de cette lecture, l'Académie nomma une commission d'enquête constituée de trois membres, laquelle — par la voix de son rapporteur, le docteur Lagneau — ne partagea pas l'opinion de Piétra-Santa et demanda seulement quelques modifications du régime cellulaire : promenades plus longues, travail généralisé, alimentation meilleure. Il concluait que la plupart des administrateurs, des médecins et des aumôniers de prisons semblaient d'accord pour trouver le système cellulaire préférable au système en commun.

Le docteur de Beauvais, acquis à la cause de l'emprisonnement individuel, a fourni une précieuse contribution à sa défense par ses observations sur l'hygiène de la cellule et l'influence de la séparation des détenus sur les maladies épidémiques.

Peu de temps après cette séance de l'Académie de médecine, de Beauvais s'expliqua sur l'utilisation d'un de ses rapports par de Piétra-Santa et déclara : « L'infirmerie cellulaire est la meilleure méthode hygiénique que l'on puisse adopter au point de vue médical ».

En 1890, il apporta un nouvel argument en faveur du système attaqué à l'occasion d'une épidémie d'influenza dans la prison de Mazas : quinze membres du personnel sur soixante furent atteints ; par contre, on dénombra seulement vingt-six cas sur neuf cents détenus.

Le travail le plus important du médecin-chef de Mazas demeure le *Rapport au ministre de l'Intérieur sur l'application et les effets du régime cellulaire à Mazas* (1890). Il permet de connaître de façon précise l'état sanitaire de la prison pendant près de vingt ans (1871-1889) : « Les maladies les plus communément observées à Mazas sont les affections dues au froid, à l'humidité et au régime alimentaire, ainsi qu'à l'absence de vin et à la mauvaise qualité de l'eau qui n'est pas filtrée. »

La liste de ces maladies comprenait les angines catarrhales, aphteuses, phlegmonneuses, les fluxions et abcès dentaires, les stomatites, les bronchites, les pleurésies, les pneumonies, les congestions pulmonaires, les hémoptysies, les épistaxis, les accès d'asthme, les rhumatismes, les névralgies (faciales, sciatiques), les érysipèles de la face, les ophtalmies, les embarras gastriques, entérites et diarrhées, les flux hémorroïdaires, les engelures et les ulcères atoniques. La gale s'observait, mais elle était fréquemment importée du Dépôt de la préfecture de police. Le scorbut ne s'était manifesté que deux fois.

La scrofule était la seule maladie constitutionnelle que le régime cellulaire sembla provoquer et activer d'une façon particulière.

Par contre, le régime cellulaire appliqué aux infirmeries apportait un moyen efficace de lutte contre la contagion, les maladies ne se propageant pas comme dans les hôpitaux et dans les infirmeries en commun.

Les maladies, soit contagieuses, soit infectieuses, étaient très rares à Mazas, alors que les fièvres typhoïdes, les scarlatines, les varioles, les rougeoles, les diphtéries sévissaient dans les hôpitaux voisins.

En décembre 1889, une épidémie de grippe se propagea avec une rapidité exceptionnelle. Les deux premiers cas venaient du Dépôt de la préfecture de police ; gravement atteints de pneumonie grippale, traités, ils guérirent. Mais on dénombra 27 cas sur 68 dans le personnel de surveillance et administratif, alors que 40 déte-

nus seulement sur 1 269 furent atteints, pour la plupart légèrement. Sur ces 40 détenus, 11 travaillaient à divers emplois et onze étaient arrivés malades.

En 1884, l'épidémie de choléra qui sévissait principalement dans les onzième et douzième arrondissements n'avait pas franchi les portes de Mazas.

L'isolement des tuberculeux permettait de préserver les autres détenus. Le régime cellulaire, semble-t-il, n'accélérait pas d'une façon notable l'évolution de la phtisie pulmonaire ; de même, les asthmatiques et les malades atteints d'affections organiques du cœur ne souffraient pas plus du séjour à Mazas qu'à l'hôpital. Toutefois : « L'isolement cellulaire ne saurait être appliqué aux détenus atteints d'affections graves qui les mettent dans l'impossibilité de subvenir à leurs besoins particuliers, aux individus atteints d'épilepsie, de troubles intellectuels, d'infirmités qui les rendent impotents. »

Le régime cellulaire, par contre, semblait préjudiciable et dangereux pour les gens sanguins, pléthoriques, car il favorisait les congestions cérébrales, les apoplexies, les hémorragies pulmonaires et les épistaxis.

Il est intéressant de noter que de Beauvais, pourtant défenseur de ce régime, l'incriminait dans certaines affections : « Les anémiques et les gens nerveux voient leur état morbide et leurs souffrances — palpitations, étouffement, crises nerveuses, inappétence, constipation, amaigrissement, insomnie, cauchemars, hallucinations, idées tristes, agitation suivie de prostrations — s'aggraver sous cette influence. »

Le rapport de 1890 de de Beauvais, et particulièrement le chapitre consacré à l'influence du régime cellulaire sur l'état moral, prouve sa grande expérience :

> « Le régime cellulaire prolongé affaiblit, pervertit l'état moral; il déprime l'énergie des fonctions intellectuelles, amène la misanthropie et l'hypochondrie. C'est surtout pour les gens illettrés, pour les manœuvriers sans aucune instruction que la solitude de la cellule, aggravée par la privation de travail manuel, d'exercice musculaire en plein air, de ressources intellectuelles, est pénible et dangereux physiquement et moralement. La cellule est un sujet de terreur et souvent un danger pour le prévenu timoré, impressionnable, que bouleverse l'idée de sa première faute et de ses conséquences déshonorantes, qu'il exagère. Il faut surveiller ce malheureux, le mettre au besoin dans une cellule double, avec un autre détenu choisi à cet effet.
>
> « Pour le récidiviste, l'isolement est une punition rigoureuse, car il ne peut communiquer avec ses semblables, se perfectionner dans le crime, se créer des complices pour tenter de nouveaux exploits, souvent tramés pendant la détention. Ainsi les récidivistes réclament-ils la cellule double... Il simule parfois des maladies, la folie, l'épilepsie, des tentatives de suicide, pour arracher du médecin l'ordre de l'y faire admettre.

« Pour l'homme du monde, pour l'individu d'un certain ordre social, ayant reçu une éducation plus ou moins élevée, la cellule est le salut, c'est un soulagement qu'il sollicite et apprécie... »

Ce rapport contenait en outre une étude sur *les suicides* dans les prisons. Ce n'était pas la première fois que l'on constatait des suicides en milieu pénitentiaire. Charles-Philippe Corneille, en 1809, rapportait une tentative de suicide à Sainte-Pélagie :

« Martin Jaoul, qui y était à cette époque depuis quatre ans, et qui y est encore, tenta de s'empoisonner : il n'y réussit point quoique pour cela il eût employé tous les moyens qui se trouvaient à sa portée. Il fit dissoudre pendant vingt-quatre heures dans son pot de nuit des gros sous pleins de vert-de-gris et mêla à cette dégoûtante liqueur une forte dose d'onguent mercuriel ; il eut le courage d'avaler ce mélange jusqu'à la dernière goutte ; attaqué d'affreuses convulsions, les secours qu'on lui donna sauvèrent sa vie, mais il souffrit pendant six mois de douleurs terribles et il a conservé depuis une altération du cerveau qui revient périodiquement. »

Il importait de savoir si le régime cellulaire avait une influence sur le nombre de suicides. A Mazas, où la détention était de courte durée, pendant les vingt et une premières années qui ont suivi son ouverture, il y eut 70 suicides ; ils diminuèrent de 1871 à 1889 : 43. La moyenne annuelle de Mazas, égale à 2,9, était légèrement supérieure à celle de toutes les maisons centrales : 2,6.

On constatait en outre un grand nombre de tentatives manquées : le directeur de Mazas en signalait 30 pour l'année 1884.

Le mode le plus fréquent était la pendaison ou la strangulation : 105 sur 113 suicides en quarante ans ; les autres moyens utilisés se répartissaient ainsi : instruments tranchants (4 cas), précipitation volontaire d'une galerie (3 cas) et empoisonnement par ingestion d'une macération concentrée de tabac à chiquer (1 cas).

Ces suicides survenaient essentiellement dans les premiers jours de la détention préventive.

De 1871 à 1885, sur 32 tentatives :

12 ont eu lieu entre le premier et le dixième jour ;

6 entre le onzième et le vingtième jour ;

4 entre le vingt-cinquième et le vingt-huitième jour.

Au-delà, ils intervenaient à la sortie du cabinet du juge d'instruction, sous l'influence du premier interrogatoire ou immédiatement après le prononcé du jugement, la prolongation du séjour dans la cellule n'étant pas une cause déterminante, car on ne constatait pas de cas de suicide chez des détenus ayant séjourné un an et plus.

On peut conclure de ces observations que les cas de suicides, tentés ou accomplis, étaient plus nombreux dans l'emprisonnement cellulaire que dans l'emprisonnement en commun. Cet accroissement

résultait de la facilité plus grande offerte par l'isolement, et non de l'influence de ce système.

De Beauvais insistait, en particulier, sur le fait que les prévenus restant peu de temps à Mazas et les suicides survenant fréquemment après l'arrestation, il était par conséquent logique que le nombre de suicides y fût plus élevé que dans les autres prisons.

De Beauvais avait également observé le rôle de la morphinomanie dans les cas de suicides dans l'emprisonnement cellulaire. Il les traitait par des injections de morphine au vingtième et trentième jour et par l'administration de chloral. « Nous ne sevrons pas absolument le morphinomane ; nous le consolons et trompons par des doses modérées, non toxiques, qui lui permettent de supporter l'existence et d'endurer les angoisses inexprimables résultant de la privation complète de son poison favori. »

Il est intéressant de constater que de Beauvais considérait ce que nous appelons maintenant la *grève de la faim* comme une conduite suicidaire. « Il faut ajouter, dit-il, à ces tentatives de suicides, ceux qui se laissent mourir de faim. » Ceux-ci étaient conduits à l'infirmerie de la Santé pour y être soumis à l'alimentation forcée. « Cette punition suffit et nous ne voyons presque jamais de tentatives recommencées. »

Rivière rapportait en 1885 les conclusions du docteur de Beauvais sur l'état mental, et sur la *folie pénitentiaire* en particulier. Après quatorze années d'observations, le médecin de Mazas s'exprimait en ces termes : « A l'exemple de mon vénéré prédécesseur, le docteur Jacquemin, dont l'expérience s'exerça pendant cinquante ans dans les prisons, j'affirme que la folie due exclusivement au régime cellulaire est la rare exception, et qu'une foule de circonstances inhérentes au prisonnier même, mais étrangères à la cellule, la déterminent de préférence. Le régime cellulaire peut, en effet, provoquer des accès, des crises de folie véritable chez les gens prédisposés héréditairement ou atteints antérieurement d'aliénation mentale ; mais, en thèse générale, il ne détermine presque toujours que des accidents passagers, de simples congestions cérébrales, des délires momentanés chez les individus dont la santé avant l'incarcération était indemne de folie, soit héréditaire, soit alcoolique, soit épileptique. »

En 1888, de Beauvais n'avait toujours pas rencontré un seul cas de cette folie que l'on qualifie de folie pénitentiaire, mais « je n'oserai pas affirmer qu'elle n'existe pas, je puis assurer qu'elle est extrêmement rare et tout à fait exceptionnelle ». Il reconnaissait que l'emprisonnement cellulaire pouvait occasionnellement entraîner la folie, mais lui déniait son rôle générateur.

Voici le mouvement de la population et le nombre de décès, de suicides et aliénés à la prison de Mazas :

| *Années* | *Nombre d'entrées* | *Décès* | *Suicides* | *Aliénés* |
|---|---|---|---|---|
| **1871** ..... | 6 573 | 30 | 2 | 16 |
| **1872** ..... | 6 531 | 1 | 1 | 21 |
| **1873** ..... | 7 135 | 6 | 2 | 56 |
| **1874** ..... | 7 256 | 11 | 4 | 34 |
| **1875** ..... | 7 671 | 6 | 2 | 47 |
| **1876** ..... | 10 346 | 11 | 5 | 55 |
| **1877** ..... | 7 151 | 11 | 3 | 33 |
| **1878** ..... | 5 826 | 7 | 3 | 32 |
| **1879** ..... | 7 489 | 7 | 3 | 74 |
| **1880** ..... | 6 996 | 11 | 0 | 79 |
| **1881** ..... | 7 329 | 12 | 1 | 91 |
| **1882** ..... | 7 734 | 3 | 1 | 92 |
| **1883** ..... | 7 924 | 7 | 2 | 66 |
| **1884** ..... | 6 732 | 2 | 3 | 73 |
| **1885** ..... | 6 461 | 1 | 3 | 62 |
| **1886** ..... | 7 480 | 5 | 3 | 51 |
| **1887** ..... | 6 624 | 6 | 3 | 65 |
| **1888** ..... | 6 736 | 3 | 1 | 53 |
| **1889** ..... | 6 149 | 8 | 1 | 37 |

## DERNIERES DISCUSSIONS SUR LE REGIME CELLULAIRE

Dans son rapport de 1890, de Beauvais protestait vivement contre l'opinion formulée le 25 février 1888 à la Chambre des députés par Millerand, rapporteur du budget des services pénitentiaires, qui, s'appuyant sur des citations incomplètes d'un rapport de 1885, critiquait le régime cellulaire.

Le docteur Voisin, ému par les attaques de Millerand, se livra à une enquête personnelle et approfondie, en particulier en Belgique où se purgeaient des peines en cellule plus longues. Il soumit les résultats à l'Académie de médecine, qui en approuva les conclusions : « Le régime cellulaire, même prolongé, lorsqu'il est bien appliqué, n'aggrave pas la situation sanitaire, toujours fâcheuse, des détenus. »

Le rapport du docteur de Beauvais, qui résume tous les autres, car il y avait unanimité presque complète sur tous les points, reposait sur une pratique de la médecine de prison longue de vingt ans. Cer-

taines de ses observations, en particulier celles sur le suicide, gardent aujourd'hui toute leur valeur.

L'objectivité des auteurs est soulignée par Merry Delabost : « Les réponses à l'enquête récente m'ont paru dépouillées de toute espèce de parti pris. Antérieurement, il est vrai, des recherches importantes avaient été faites sur ce sujet par Moreau-Christophe, Gosse, Coindet, Baillarger, Lélut, Bonnet, de Piétra-Santa, etc. Mais il y a dans ces remarquables travaux des côtés excellents, presque tous sont passibles d'une critique. Ecrits à des époques de controverses ardentes, ils portent un peu trop l'empreinte des préoccupations sous l'empire desquelles ils ont été composés. »

Les congrès internationaux pénitentiaires de 1900 à Bruxelles et 1905 à Budapest avaient inclus à leur programme des questions sur le régime cellulaire. Les réponses sur l'influence de l'emprisonnement individuel sur la santé reprenaient les conclusions des docteurs de Beauvais et Voisin. Le congrès de 1905 posait la question suivante : « Le régime cellulaire est-il favorable ou non à la propagation de la tuberculose ? » La plupart des médecins prônèrent son efficacité contre la contagion. Par contre, M. J.W. Deknatel, médecin de prison de Bréda, constatait que l'emprisonnement cellulaire, tel qu'il était pratiqué en Hollande, avait certainement une mauvaise influence sur les individus prédisposés aux tumeurs glandulaires dites scrofuleuses, ou déjà atteints.

L'application et les effets du régime cellulaire faisaient l'objet d'un questionnaire auquel préfets et directeurs devaient répondre chaque année. Un rapport très complet condensait et analysait les renseignements obtenus. La collection de ces rapports s'arrête en 1913. Il semble en effet qu'après la guerre de 1914-1918 le régime cellulaire ait connu une période de défaveur.

A la séance de la Société générale des prisons du 18 janvier 1922, Maurice Garçon disait, en parlant de la prison de la Santé : « Si en principe le régime cellulaire est préférable aux autres, il est pire aussi que tous les autres s'il n'est pas bien appliqué, car, en ce dernier cas, c'est vraiment l'horreur complète. J'ai entendu avec intérêt ce qu'a dit M. le Directeur de la décongestion des prisons qui est en train de se faire, mais il est certain qu'en 1915, 1916 et 1917, les prisons étaient surpeuplées, que la Santé, qui peut normalement recevoir douze à treize cents pensionnaires, en a eu jusqu'à dix-huit ou dix-neuf cents... »

Les conditions essentielles pour que son application fût vraiment efficace n'ont jamais été réalisées. Comme l'a indiqué Mossé : « Sous le nom d'emprisonnement cellulaire, il n'existe en fait, le plus souvent, que l'essai d'un emprisonnement solitaire. »

De 1926 à 1939, le fonctionnement du régime cellulaire a été constamment marqué par des irrégularités (Pinatel).

L'évolution historique du régime cellulaire en France révèle l'influence et le développement de la médecine des prisons. Si certains médecins firent preuve de parti pris, d'autres — ayant souvent une grande expérience de la prison — adressèrent à l'Administration pénitentiaire des rapports contenant des observations objectives et des conclusions souvent nuancées.

CHAPITRE IV

# DE 1875
# A LA IIe GUERRE MONDIALE

Peu après la loi sur l'emprisonnement individuel, un arrêté du préfet de police, daté du 22 mai 1877, créait la Société générale des prisons, qui avait pour préoccupation l'ignorance du public dans le domaine de la réforme pénitentiaire et pour but l'amélioration du régime des prisons.

Le 18 février 1905, un arrêté instituait le Comité consultatif d'hygiène pénitentiaire, chargé de donner son avis sur toutes les questions concernant l'hygiène des établissements pénitentiaires, et notamment sur les travaux à effectuer dans les infirmeries, les acquisitions de matériel sanitaire, et d'étudier les mesures d'hygiène et de prophylaxie à prescrire, et les règlements sanitaires et médicaux à édicter ou à modifier.

Qu'étaient donc devenues les commissions de surveillance des prisons, créées en 1819 et succédant aux « conseils charitables » établis par un décret impérial de 1810 dont l'ordonnance de 1819 avait augmenté les attributions ? Ces commissions, chargées de la surveillance intérieure des prisons, communiquaient au gouvernement leurs observations et proposaient les améliorations nécessaires. Des difficultés ne tardèrent pas à apparaître entre ces commissions et l'administration, et en 1823 on leur enleva leurs attributions. Les commissions n'eurent plus désormais que le droit de former des vœux. F. Desportes, constatant en 1881 l'état de la prison du Mans, disait : « Comment cette situation lamentable n'est-elle pas depuis longtemps signalée avec une instance opiniâtre par la commission de surveillance ? »

En réalité, il n'y avait pas de commission de surveillance. Le gardien-chef ne voyait ni magistrat ni fonctionnaire.

Il serait injuste pourtant de méconnaître les quelques progrès notables intervenus ; entre autres : l'organisation du travail dans les maisons centrales et la plupart des prisons départementales ; l'institution de colonies agricoles pour les jeunes détenus, de sociétés de patronage pour les jeunes libérés ; la substitution des transfèrements cellulaires aux hideux convois de forçats ; l'affectation de

maisons centrales distinctes pour les condamnés des deux sexes ; le remplacement des gardiens dans les maisons centrales de femmes par des personnes de leur sexe ; la suppression des bagnes, que le docteur Lauvergne, médecin en chef du bagne de Toulon, définissait comme « une œuvre de charité fondée en faveur des voleurs et des assassins et aussi contraire à l'amélioration morale des condamnés que funeste aux intérêts de la société » ; leur remplacement par les colonies pénales ; et enfin, en ce qui concerne l'hygiène pénale, la mise en place d'une organisation sanitaire par le règlement de 1860.

## I. — L'HYGIENE DES PRISONS

### L'ETAT DES PRISONS

Lors de la discussion du budget du service pénitentiaire à la Chambre des députés en 1893, M. Henri Boucher rappelait : « Nous devons la santé à ces hommes qui ne doivent pas être voués au crime par la maladie, si nous n'avons pu les arracher du crime par la moralisation, et c'est pour cela que, malgré leur indignité, nous soignons leur hygiène. Leur bien-être est peut-être excessif, mais je n'en rougis pas. C'est par d'autres moyens que la faim qu'il faut frapper la récidive... »

Mais les belles paroles ne pouvaient cacher la réalité, car « la paille humide des cachots n'était pas entièrement reléguée dans le domaine de la littérature mélodramatique ». L'hygiène des prisons restait très défectueuse. Il fallait quelquefois une affaire retentissante comme celle de Celina Renoir, survenue à la prison de Lille, pour que cette situation soit rendue publique et que s'élèvent des protestations.

Celina Lenoir, âgée de 19 ans, était fraudeuse. Détenue pour quatre mois de contrainte par corps qu'elle subissait à la suite d'une condamnation à six jours de prison et 500 francs d'amende, elle fut mise au cachot à la suite d'une mutinerie survenue le 21 janvier 1904. Le froid était intense, le cachot non chauffé. On ne laissait à ces filles pour tous vêtements que leur chemise, une jupe descendant jusqu'aux genoux, un manteau à capuchon et une paire d'espadrilles de toile. Les sabots étaient enlevés aux filles punies pour qu'ils ne leur servent pas d'armes contre les surveillantes, et les bas pour éviter les tentatives de suicide. La nuit, on leur apportait une paillasse et une couverture. Celina Renoir souffrit de gelures ; sur ses réclamations, on lui remit des bas le cinquième jour, mais huit jours après, il fallait la transporter à l'hôpital ; tous les doigts de pied et les métatarsiens étaient tombés. L'amputation totale du pied droit et l'amputation partielle du pied gauche furent nécessaires.

Le préfet modifia les règlements de façon à empêcher les abus. Chaque jour, le gardien-chef devait présenter au médecin l'état des punis de cellule pour qu'il puisse les examiner et prescrire toutes précautions utiles.

Celina Renoir intenta à l'administration, civilement responsable, un procès en réparation du préjudice subi. Elle obtint satisfaction et une rente viagère de 800 francs.

L'état déplorable des prisons de Lille était connu depuis longtemps. A la suite de l'épidémie de typhus de 1893, la construction de la prison cellulaire de Loos fut votée l'année suivante ; elle n'était toujours pas terminée en 1904.

Dans certains documents officiels, on trouve des constatations souvent effrayantes sur la situation des prisons.

Un procès-verbal sur la prison de Boulogne révèle :

« La situation empire tous les ans ; pendant l'été 1894, il y a, pour ne parler que du quartier des hommes, 103 détenus et 61 lits seulement... Dans le quartier des hommes, les prévenus sont confondus avec les condamnés et il y a si peu de place qu'ils ne peuvent pas s'asseoir tous ensemble. Il y a bien un quartier pour les enfants, mais il est inhabitable. Dans le quartier des femmes, c'est encore plus abominable : il y une salle où grouillent pêle-mêle les prévenues, les condamnées et les enfants. Il n'est pas possible d'y travailler, aucun enseignement n'y est donné... Il n'y a pas d'infirmerie : pour être envoyé à l'hôpital, il faut un cas extraordinaire, parce qu'il y a 2,50 F à payer pour le malade, au lieu de 35 centimes à recevoir ; le gardien-chef y regarde ; c'est ainsi qu'on trouve dans les prisons des phtisiques au dernier degré... On a dû établir dans les combles une salle que les prisonniers désignent sous le nom de « casino » ; on y joue aux dés, on y cause ; ce ne sont pas les prisonniers qui s'en plaignent, mais ils sont dévorés par une vermine dont il n'y a plus moyen de les débarrasser...

« Depuis cinquante ans que, dans son premier procès-verbal, le commissaire de surveillance a déclaré la prison inhabitable, on n'y a plus fait de réparations. A quoi bon ? disait-on, elle s'écroule ; et, en fait, elle s'est écroulée en partie. Il y avait un petit espace où l'on avait installé une chapelle pouvant contenir quinze hommes et quinze femmes. Un certain nombre de prisonniers se plaignent même de ne pouvoir assister à la messe. Est-ce parce qu'à travers les grilles certaines communications sont possibles ? Toujours est-il que le toit situé au-dessus de cet édicule s'est écroulé ; il a fallu mettre un étançon de bois, et, maintenant, le prêtre ne peut plus se retourner vers les assistants pour dire *Dominus vobiscum.* »

L'insalubrité, la promiscuité, les communications entre les femmes et les hommes, parfois même avec l'extérieur, existaient encore à la fin du XIX^e^ siècle. Les prisons de Gap, Aurillac, Bourges, Périgueux, Montpellier... étaient dans le même état. A Chambéry, le médecin de la prison, conseiller général, déclarait en 1900 que « la recons-

truction s'impose au double point de vue de l'hygiène et de la morale ». Cette situation lamentable des prisons départementales était, semble-t-il, le résultat d'une législation imparfaite qui confiait à la fois la garde de ces établissements à l'Etat et au département.

L'hygiène des prisons dépend de nombreux éléments ; or, *les installations sanitaires*, le chauffage, l'aération, l'éclairage étaient le plus souvent insuffisants.

Sur la proposition de Merry Delabost, on installa à la prison départementale de Rouen des appareils fort simples permettant, en supprimant les tinettes, de résoudre le problème de la salubrité et de la décence, sans nuire à la surveillance. Les progrès furent très lents ; en 1926, Dequidt insistait sur l'insuffisance des installations sanitaires dans un grand nombre de prisons et sur la nécessité de prévoir la disparition progressive des tinettes mobiles transportées par les détenus à travers les escaliers, les salles et même les réfectoires...

Les médecins des prisons se préoccupèrent surtout des problèmes d'hygiène corporelle et d'hygiène alimentaire, domaines dans lesquels on pouvait escompter des améliorations rapides.

## L'HYGIENE CORPORELLE

L'application des règles d'hygiène et des soins de propreté dans des bâtiments insalubres présentait quelques difficultés. L'administration s'attacha à les résoudre.

En 1872, une circulaire était adressée aux directeurs de prisons :

« Monsieur le Directeur,

« Les documents soumis au congrès de Londres... font connaître que, dans les prisons de quelques pays étrangers, on a l'habitude, non seulement de faire prendre des bains aux condamnés, mais encore d'astreindre ceux-ci à se laver fréquemment le haut du corps et les pieds.

« Cette mesure paraît avoir d'excellents résultats, au point de vue hygiénique...

« Je vous invite, monsieur le Directeur... avec le médecin attaché à l'établissement, à me transmettre, avec son avis, la proposition que l'examen de la question vous aura suggérée. »

Le 1er juin 1874, une autre circulaire disait :

« Je vous invite, monsieur le Directeur, à vous pourvoir sans retard de brosses à dents et à prescrire l'emploi quotidien de cet objet de toilette à toutes les jeunes détenues, après le lever... »

Ces circulaires font un peu sourire actuellement ; elles montrent toutefois le souci de l'administration d'introduire certaines notions d'hygiène indispensables.

Aux termes de l'article 46 du cahier des charges imposé aux entrepreneurs (*Lois et décrets,* 1896, p. 420), la possibilité de prendre des bains de pied devait être donnée aux détenus au moins tous les deux mois, et des bains de corps au moins deux fois par an.

Le cahier des charges de 1893 apportait quelques améliorations :

> « Art. 42. — L'entrepreneur fera laver les pieds aux détenus tous les quinze jours. Il fera faire la barbe aux hommes une fois par semaine en hiver et deux fois en été, et leur coupera les cheveux tous les deux mois en hiver et tous les mois en été.
>
> « Il fera également prendre des bains aux détenus, à leur entrée et toutes les fois que cela sera jugé nécessaire, soit par l'administration comme bains de propreté, soit par le médecin. »

Ces prescriptions, pourtant insuffisantes, n'étaient pas toujours respectées. On conçoit facilement les difficultés qu'elles présentaient dans les établissements qui renfermaient une nombreuse population et ne disposaient que d'une faible quantité d'eau.

Dans une enquête de 1871-1875, les rapporteurs signalaient qu'il n'existait qu'une seule baignoire pour plusieurs centaines d'individus.

En 1872, Merry Delabost, médecin en chef des prisons de Rouen, voulant mettre en pratique les recommandations de l'une des premières circulaires ministérielles relatives aux soins de propreté et de l'hygiène des détenus, imagina et conseilla de remplacer le bain de propreté en baignoire par la « pluie d'eau chaude tombant simultanément sur un certain nombre d'individus ».

Il créait à Rouen, en 1873, le premier établissement de bains-douches de propreté dont bénéficièrent la maison centrale de Poissy, puis celle de Fontevrault et les colonies agricoles de Saint-Maurice et de la Fouilleuse.

Le « système Merry Delabost » fut adapté par son inventeur aux prisons cellulaires en 1888.

Les travaux du docteur Merry Delabost ont fait faire des progrès considérables à l'hygiène des prisons. Au Dépôt — le grand violon central de Paris — où souvent plus de deux cents hommes couchaient dans la grande salle, l'hygiène était douteuse. On construisit un service de douches. Les premiers résultats furent encourageants : du 1er au 16 juillet 1892, 1 135 personnes passèrent aux bains de propreté, soit soixante-quinze bains par jour.

Mais peu de prisons étaient équipées du « système Merry Delabost ». La Petite-Roquette, prison des jeunes détenus, ne possédait

pas de lavabos. L'enfant n'avait aucun moyen de se laver, ni dans sa cellule, ni dans le corridor ; il lui fallait attendre son tour de promenoir cellulaire.

Les conclusions d'un rapport sur les conditions d'hygiène des prisons de la Seine en 1888 signalaient l'insuffisance des immeubles affectés aux prisons civiles. Le rapporteur, Colin, demandait le remplacement de l'eau de Seine non filtrée par de l'eau de source, et à défaut par de l'eau de rivière filtrée, la généralisation à tous les établissements d'appareils de désinfection, l'installation dans ces diverses prisons — et notamment pour les jeunes détenus — de lavabos analogues à ceux de la prison de la Santé, et l'affectation à chaque détenu d'une serviette pour son usage exclusivement personnel.

En 1923, il fut prescrit que chaque détenu soit, dès son arrivée, systématiquement dirigé sur les bains et les douches, et prendra au moins une douche par semaine (art. 82 du décret du 19 janvier 1923 et art. 79 du décret du 29 janvier 1923 pour les prisons départementales). Dans les prisons centrales, les détenus ne prenaient une douche qu'une fois par quinzaine. Ces prescriptions étaient en fait difficilement applicables. Dequidt indique dans un rapport : « En 1926, dans trop d'établissements, sinon dans tous, il est impossible de diriger les détenus dès leur entrée sur les douches en raison de l'absence ou de l'insuffisance de nombre et de l'installation des douches et des baignoires. A la Santé, pour mille détenus, il existe seulement trois douches et deux baignoires, dont une réservée aux agents. Il en résulte que de nombreux cas de gale et de phtiriase persistent et se multiplient. »

## L'HYGIENE ALIMENTAIRE

Dans un travail très important consacré à l'alimentation des détenus et publié dans le *Bulletin de la Société générale des prisons* (1884-1885), le docteur Merry Delabost démontre la coexistence de deux principes : l'un philosophique, l'autre scientifique.

Le principe philosophique peut se résumer ainsi : la société ne doit rien faire qui puisse compromettre l'existence, la santé et les forces du détenu ; en conséquence, elle lui doit tout ce qui est nécessaire à son entretien, rien de plus. « Tout le nécessaire, le strict nécessaire. »

Quant au principe scientifique, il repose sur les trois données physiologiques suivantes, corroborée par l'expérience :

1. L'homme, en bonne santé, inactif, doit prendre un minimum d'alimentation nécessaire et suffisant. C'est la ration d'entretien.

Cette ration est représentée par un ensemble de substances alimentaires contenant un moyenne de 11 à 12,5 g d'azote et de 230 à 270 grammes de carbone.

2. L'homme qui travaille a besoin d'un supplément de nourriture que l'on désigne sous le nom de ration de travail. Cette ration, s'ajoutant à la ration d'entretien, est constituée d'un ensemble de substances alimentaires contenant en moyenne 5 à 5,50 g d'azote et de 70 à 110 grammes de carbone.

3. Pour que l'alimentation réponde aux besoins physiologiques, la proportion des substances albuminoïdes ou azotées, par rapport aux substances non azotées, peut osciller entre 1/3 et 1/6,5, mais elle ne doit pas s'écarter de ces rapports d'une manière durable.

Dans les prisons françaises, avant 1890, la ration ordinaire correspondait, d'après les calculs des docteurs Hurel et Merry Delabost, à la ration d'entretien (moyenne 13,89 g d'azote, 318 g de carbone, pour les maisons centrales, d'après Hurel ; 13,38 g d'azote et 314 g de carbone pour les maisons départementales, d'après Delabost).

Le travail étant la règle dans les prisons, un supplément, ou ration de travail, devenait nécessaire. La cantine — facultative — fournissait ce supplément moyennant une somme prélevée sur le pécule disponible du détenu, qui pouvait y renoncer par mesure d'économie. Il arrivait que cette possibilité soit supprimée administrativement par mesure disciplinaire.

« Nous ne rencontrons plus, disait Merry Delabost, par conséquent, une condition conforme soit au principe philosophique, soit au principe scientifique, et l'état de choses actuel appelle une réforme. »

Le cahier des charges de mars 1890 n'apporta pas la réforme espérée. Le régime alimentaire restait le même : un régime gras le dimanche, le jeudi et les jours de fête ; un régime maigre les autres jours de la semaine.

La quantité de viande crue et non désossée attribuée à chaque détenu demeurait inchangée.

En 1830, le cahier des charges indiquait que 150 grammes de viande de bœuf devait entrer dans la composition du bouillon gras, la viande étant distribuée au service du soir.

En 1890, la portion de viande était de 150 grammes (ou d'au moins 75 g de viande cuite et désossée) le dimanche et de 120 g (d'au moins 60 g de viande cuite et désossée) le jeudi.

On n'observait guère de différence dans les prisons départementales, si ce n'est que la viande n'était distribuée que les dimanches et les jours de fête.

L'eau pure était la boisson ordinaire. Mais l'administration prescrivait qu'une boisson tonique et rafraîchissante soit fournie aux détenus en été. Elle était à base de gentiane, de houblon, de feuilles de noyer, de mélasse et de citron.

Le régime des détenus à l'infirmerie dépendait en grande partie de l'ordonnance du médecin. Néanmoins, il était également fixé par le cahier des charges.

Le médecin et le chirurgien avaient le choix entre plusieurs variétés de régimes : quatre types de régime gras, les bouillons et les régimes maigres (comprenant, selon la prescription : soupe, légumes, œufs, pruneaux, lait), un régime uniquement lacté, le vin. Enfin, le médecin pouvait prescrire aux malades un régime particulier avec l'introduction d'aliments autres que ceux indiqués, « tant que la valeur des fournitures prescrites n'excédera pas celle du régime ordinaire de l'infirmerie (art. 21 du cahier des charges de 1890).

Le régime alimentaire des malades constitue un progrès sensible. Par contre, le régime ordinaire était insuffisant, et l'on peut même présumer que le minimum vital indispensable n'était pas assuré. En 1904, Armand Gautier fit le relevé suivant des aliments alloués dans les maisons centrales :

93,8 g d'albumines ;
22,6 g de graisse ;
374,2 g d'hydrate de carbone,

ce qui équivaut à 2 074 calories, « énergie, dit-il, qui n'est pas suffisante pour l'adulte qui ne travaille pas, *a fortiori* s'il vient à travailler ». Le nombre de calories aurait dû être de 2 600 à 2 700, d'après le cahier des charges.

La commission de réforme pénitentiaire de 1925 exprima le vœu « de voir l'administration centrale procéder, tant dans un but d'économie que pour assurer une surveillance préventive des maladies, à une révision des instructions relatives au régime alimentaire des détenus, en vue de le mettre en harmonie avec les acquisitions récentes de la science », vœu auquel il ne fut donné aucune suite.

## II. — L'ORGANISATION DU SERVICE MEDICAL

### LES REGLEMENTS SANITAIRES

La période allant de 1875 à la deuxième guerre mondiale fut marquée par plusieurs règlements intéressant l'organisation sanitaire.

Le décret du 11 novembre 1885 portant règlement des prisons de courtes peines affectées à l'emprisonnement en commun contient un chapitre (IV) concernant l'hygiène et le service de santé ; on y relève notamment :

« ART. 74. — Le service de santé, dans les maisons d'arrêt, de justice et de correction, comprend :

« 1. — La visite des détenus portés comme malades ou indisposés.

« 2. — Le traitement des maladies des détenus et du personnel d'administration et de surveillance.

« 3. — Les opérations médicales et chirurgicales, à moins de cas particulièrement graves.

« 4. — Le contrôle des préparations alimentaires ou pharmaceutiques destinées à l'infirmerie.

« 5. — L'inspection des différents locaux de la prison à des époques périodiques.

« 6. — La visite des détenus de l'un et l'autre sexe à transférer, avec obligation de signaler au gardien-chef ceux pour lesquels il doit être sursis au transfèrement.

« 7. — La tenue des écritures médicales. »

Ce règlement sanitaire est à peu près identique à celui des maisons centrales de 1860 ; toutefois, la fonction de médecin interne n'existe plus dans les prisons de courtes peines ; celles de médecin et de pharmacien internes des maisons centrales furent supprimées en 1888.

Les règlements sur les prisons à emprisonnement individuel (19 janvier 1923) et à emprisonnement en commun (29 juin 1923) n'apportèrent pas de changement de l'organisation sanitaire.

Le ministre nommait les médecins, sur proposition du préfet ; la loi du 13 août 1933 garantit la priorité aux praticiens pensionnés de guerre (Pinatel).

### LE ROLE DU MEDECIN

Le médecin de l'établissement devait examiner tous les détenus dès leur arrivée dans l'établissement. Cette visite, prescrite dans les maisons centrales par le règlement de 1860, ne le fut que bien plus tard dans les prisons de courtes peines (décrets des 29 juin et 19 janvier 1923). Elle n'existait pas dans le règlement de 1885. Elle s'im-

posait pourtant dans les maisons d'arrêt, de justice et de correction comme ailleurs, car elle permettait de dépister les maladies contagieuses nécessitant le placement du détenu à l'infirmerie ou son envoi à l'hôpital.

Le médecin visitait, en second lieu, les détenus malades. S'il estimait que le détenu avait abusivement demandé sa visite, il lui appartenait de le signaler au chef de l'établissement, qui jugeait, suivant les circonstances, de l'opportunité d'une punition disciplinaire (note du 15 juin 1960, Code des prisons, t. XVII, p. 33).

D'autre part, le médecin devait visiter au moins deux fois par semaine les individus punis de cellule ; la punition était suspendue si le médecin estimait qu'elle compromettait la santé du détenu.

Il visitait également les détenus réclamant l'exemption ou le changement de travail pour raison de santé, ainsi que les détenus à transférer, et périodiquement — en tout cas chaque fois que le chef de l'établissement le lui demandait — les détenus envoyés à l'hôpital. Il lui appartenait, dans ce cas, de contre-visiter les détenus hospitalisés et d'ordonner, le cas échéant, leur réintégration.

En dehors des visites périodiques, il devait se rendre à l'établissement chaque fois que le surveillant-chef l'appelait en raison d'un cas d'urgence (art. 92 et 95 des décrets des 29 juin et 19 janvier 1923).

En pratique, ces prescriptions étaient appliquées de la manière suivante : « Dans beaucoup d'établissements, le médecin se rend quotidiennement à la prison. Dans d'autres, la visite n'est faite que deux ou trois fois par semaine. Dans la plupart des petites prisons, la visite n'a lieu que sur l'appel du gardien-chef. » (Dequidt.)

La consommation médicale était importante : à Poissy, trente ou quarante consultants quotidiens.

Par ailleurs, le médecin devait veiller à ce que les régimes alimentaires spéciaux nécessaires aux malades soient assurés, surveiller et assurer la police de l'infirmerie. En particulier, il était consulté lors de la nomination des détenus infirmiers. Responsable de la santé des détenus, il coopérait activement au maintien de l'hygiène et de la salubrité de l'établissement.

A la fin de chaque année, il faisait un rapport d'ensemble détaillé sur l'état sanitaire.

En ce qui concerne les *produits pharmaceutiques*, d'après le règlement de 1860, le pharmacien devait se conformer au *Codex* pour les préparations officinales, aux prescriptions du médecin pour les préparations magistrales. Un formulaire spécial des prisons conte-

nait les préparations les plus usuelles. Le cahier des charges de 1890 reprenait ces dispositions.

Les médecins avaient eu jusqu'alors toute latitude pour prescrire l'emploi de substances, produits pharmaceutiques et objets de pansements destinés à amener la guérison. La circulaire du 20 février 1903 établissant une nomenclature des médicaments porta atteinte à cette liberté de prescription chère aux médecins. En fait, cette liste, fort longue, rendait certainement possible une bonne médecine.

Cette mesure était devenue nécessaire parce que, semble-t-il, « les moyens d'action de la thérapeutique de certains autres (médecins) n'étaient pas, au contraire, à l'abri de toute critique ».

Cette circulaire n'entendait pas entraver la liberté d'action du médecin : « Celui-ci restera maître de prescrire, quand il le jugera nécessaire, l'emploi de tout médicament ou objet en dehors de la nomenclature. » Mais le médecin « devra, sans délai, remettre au directeur un rapport spécial où seront exposés les motifs qui ont paru nécessiter une dérogation à la nomenclature établie ».

La circulaire du 25 janvier 1926 conseilla aux médecins de prescrire de préférence des préparations magistrales généralement moins coûteuses que les spécialités dont l'emploi serait limité aux cas exceptionnels et d'absolue nécessité, où aucune préparation pharmaceutique établie d'après ordonnance n'aurait les mêmes effets thérapeutiques.

## LES INDEMNITES DES MEDECINS

Ces mesures d'économie atteignirent également la fixation des indemnités. La circulaire du 9 mars 1888 rappelait : « Les services de santé, les services de culte, le service des bâtiments ont dû être considérés comme n'impliquant pas l'exercice de fonctions publiques proprement dites dans les établissements pénitentiaires, mais bien plutôt comme donnant lieu à des indemnités en faveur des personnes admises à y pourvoir. Il n'y avait donc plus à réclamer du Parlement l'acquittement de traitements proprement dits... »

A cette époque, l'indemnité annuelle allouée aux médecins des maisons centrales, des pénitenciers agricoles ou des colonies publiques de jeunes détenus était de 1 200 francs en moyenne, celle des pharmaciens de 1 155 francs. La somme inscrite au budget pour les médecins chargés du service de santé dans les maisons départementales était de 360 francs environ. Cette somme correspondait, la même année, à l'allocation annuelle donnée à chacun des directeurs de prisons de la Seine, et tenant lieu de toutes indemnités de déplacement à Paris dans l'intérêt du service.

Certains passages de cette circulaire signée du ministre de l'Intérieur Sarrien méritent d'être cités :

« Que les indemnités qui sont ainsi laissées et dont je dois déterminer le montant dans la limite d'une moyenne aussi faible soient insuffisantes, insignifiantes pour reconnaître la peine et même les dérangements occasionnés par tels services, c'est ce qui ne peut malheureusement faire doute. Ce n'est pas une rémunération, ce n'est même pas une compensation normale, c'est une simple allocation qui peut être offerte pour atténuer, en si peu que ce soit, le supplément de charges accepté par le médecin, par le ministre du culte, dans l'intérêt des détenus...

« On peut dire aussi que, pour certains médecins, la désignation officielle a quelques avantages qui compensent la modicité de l'allocation annuelle ; mais il faut bien reconnaître que c'est sur le sentiment de devoir et d'humanité que l'administration compte pour obtenir la collaboration des médecins en faveur des détenus... »

Au VI[e] Congrès pénitentiaire international (1900), M. Laguesse, directeur de Poissy depuis trente-deux ans, déplorait le niveau auquel étaient maintenus les appointements des médecins.

Cette situation ne fut certainement pas étrangère à *l'insuffisance du service médical* constatée plusieurs années après.

En 1879, il y avait, dans tous les établissements pénitentiaires, un ou plusieurs médecins, et dans les plus importants un pharmacien. Le service médical comprenait quatre cent soixante-sept médecins (*J.O.* des 1[er]-3-4 janvier 1879).

En 1920, les observations présentées dans la discussion du budget par Hector Molinié sur l'insuffisance du service médical dans les prisons de la Seine montrent qu'il n'y avait pas de médecin consultant à Fresnes. A la Santé, pour une population se situant entre seize cents et dix-huit cents individus, il n'y avait ni médecin consultant ni interne de garde. Le garde des sceaux répondit qu'il avait obtenu du ministre des Finances une augmentation de crédit de 34 900 francs qui permettrait de doubler l'indemnité des médecins, dont « on a d'autre part réduit le nombre dans une certaine proportion, parce que — ajoutait-il — nous en avions qui n'étaient là que pour le titre ».

Cette insuffisance se retrouve dans un rapport de l'Inspection générale sur les colonies pénitentiaires de 1910 : « Les médecins remplissent leurs fonctions d'une façon généralement satisfaisante, sauf sur deux points. Dans certains établissements, il ne visitent pas assez régulièrement les pupilles punis, et dans la plupart des colonies ils ne remplissent pas avec assez de soin la notice médicale qu'ils sont chargés d'établir pour chaque arrivant. »

Le rapport de l'Inspection générale de 1912 constate que les prescriptions du règlement de 1860 sur le service de santé sont

généralement assez exactement appliquées dans les maisons centrales. Mais il signale dans « quelques établissements, entre le service médical et la direction, un défaut de pénétration réciproque. Il serait utile que le directeur consultât le médecin plus régulièrement, et même obligatoirement sur tout ce qui est particulier à l'hygiène générale de l'établissement, et ne prît aucune initiative relative à une transformation quelconque des locaux sans non-avis préalable. Par contre, le médecin aurait souvent besoin d'être guidé dans le service médical même ; il a en effet double qualité, celle de praticien et celle de représentant de l'administration, et il est, à ce double titre, responsable non seulement de la santé des malades, mais aussi, dans une certaine mesure, de la discipline intérieure ».

Le décret du 13 août 1932 allouait aux médecins les indemnités annuelles suivantes :

| | |
|---|---|
| *Médecins :* | |
| — Maison d'arrêt de la Santé | 10 000 francs |
| — Prison de Fresnes | 7 500 francs |
| — Dépôt, Conciergerie, Saint-Lazare, Service central des prisons de la Seine | 6 000 francs |
| *Chirurgiens :* | |
| — Prisons de Fresnes | 7 500 francs |
| *Médecins :* | |
| — Poissy et Clairvaux | 8 000 francs |
| — Caen, Fontevrault, Melun, Loos et Nîmes | 7 000 francs |
| — Montpellier, Rennes et Riom | 6 000 francs |

## LES SPECIALISATIONS

Les médecins ne se désintéressèrent pas pour autant de la médecine de prison, bien au contraire. Très rapidement, et parallèlement au développement de la médecine, ils y adaptèrent les connaissances nouvelles.

Le docteur Garnier, médecin de l'infirmerie spéciale du dépôt à Paris, disait en 1892 : « Dans toutes les prisons, il existe un médecin attaché au service médical et dont les attributions, mal comprises d'ailleurs, ne consistent qu'à visiter ceux des inculpés qui se disent malades et se font inscrire à la visite. A mon avis, il faudrait que le médecin, et si un seul ne suffit pas qu'on en nomme alors plusieurs, eût mission de visiter rapidement, chaque jour, tous les inculpés. »

Le rôle du médecin et l'examen initial prévu dans le règlement de 1860 furent discutés au VI[e] Congrès pénitentiaire international. Tous les rapporteurs étaient d'accord sur la nécessité de dresser une

notice complète à l'entrée de chaque détenu. En même temps, ils demandèrent que les médecins de prisons possèdent un minimum de connaissance en matière de pathologie mentale — pour que le dépistage soit efficace — et de criminologie. Un projet déposé par Rivière, demandant que le service médical soit assuré par des docteurs en médecine, possédant des connaissances spéciales de psychiatrie, fut adopté.

Pactet et Colin, en 1903, signalaient que les études de psychiatrie devaient rentrer en ligne de compte lors du choix des médecins de prisons.

Le dépistage jouant également un rôle dans la prophylaxie de la tuberculose, le rapport de l'Inspection générale de 1910 invitait les médecins à y accorder toute leur attention. Il déplorait que les médecins des colonies publiques ne soient pas spécialistes et proposait, en attendant qu'une réforme heureuse intervienne, de faire examiner les pupilles avant leur transfert dans les prisons des grands centres « par des spécialistes rétribués à la visite ».

## L'ENSEIGNEMENT

En France, aucune étude particulière ne préparait le médecin à la pathologie pénitentiaire, qui offre pourtant quelques particularités.

Au VIII[e] Congrès de médecine légale, tenu à Paris en mai 1923, le docteur Gelma, médecin des prisons, chargé du cours de psychiatrie à l'université de Strasbourg, rendait compte de l'organisation d'un cours spécialisé, inauguré en 1921-1922.

Cet enseignement de psychiatrie des prisons et de médecine pénitentiaire était destiné aux médecins et étudiants en médecine de quatrième et cinquième années, et aux étudiants en droit. Il comprenait des présentations de détenus condamnés, des conférences de pratique pénitentiaire faites par Barthès, un cours de droit pénal, enfin des leçons de psychiatrie clinique, de pathologie mentale et de médecine légale psychiatrique. Les cours étaient confiés à J.-A. Roux, professeur de droit criminel, à Léon Barthès, directeur des services pénitentiaires d'Alsace et de Lorraine, au docteur Chavigny, médecin principal de 1[re] classe de l'armée (médecine légale générale), au docteur Pfendorff (psychiatrie clinique), au docteur Gelma (pathologie mentale et médecine légale psychiatrique). Il fut, semble-t-il, supprimé par la suite.

## LES INFIRMIERS DETENUS

Les nouveaux règlements n'apportèrent pas de modifications concernant les infirmiers. Le fait d'employer des détenus comme infirmiers avait été dénoncé par l'Inspection générale de 1912, en

raison de la surveillance difficile de ces derniers, et surtout parce qu'ils donnaient également des soins aux gardiens malades. L'Inspection générale conseilla de créer des emplois spéciaux d'infirmiers pénitentiaires attribués à des infirmiers de l'Assistance publique. Un projet élaboré en ce sens en 1909 fut repoussé par la commission du Budget.

## LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES

Au début du XX[e] siècle, Ogier signalait l'installation défectueuse des infirmeries des maisons centrales, comprenant généralement deux pièces : l'une pour la médecine et l'autre pour la chirurgie : « A Fontevrault, le nombre des victimes de la tuberculose est effrayant, mais rien n'est plus naturel. Tous les malades sont entassés dans une même salle, au milieu des tuberculeux. »

Dix ans plus tard, l'Inspection générale ne constata pas de progrès. Sauf deux ou trois heureuses exceptions, les infirmeries étaient toujours aussi inadaptées.

Garnier, médecin de l'infirmerie du Dépôt, en jugeait l'organisation parfaite (5 000 sujets examinés par an), mais, en revanche, l'installation matérielle laissait à désirer.

La Santé ne disposait en 1926 que de deux cellules d'hospitalisation, plus une tisanerie et une pharmacie. Le rapport de l'Inspection générale ajoutait : « Il n'apparaît pas qu'il y ait urgence à procéder à une réorganisation de grande envergure, car on peut soigner les malades dans leur cellule... »

L'état des infirmeries resta donc défectueux très longtemps ; le transfèrement était en cas de maladie grave la seule solution. Dans la région parisienne, la situation sanitaire bénéficia de la construction de l'infirmerie centrale des prisons de la Seine. Située d'abord à la prison de la Santé datant de 1878, l'infirmerie centrale fut transférée à titre provisoire à la Petite-Roquette en 1896, en attendant que celle de Fresnes soit terminée.

L'acquisition des terrains à Fresnes datait de 1893, et le 19 juillet 1898 le préfet de la Seine et le président du conseil général remirent solennellement la prison de Fresnes à l'Administration pénitentiaire. L'infirmerie centrale comprenait un grand quartier avec soixante-seize cellules, dix préaux et deux pavillons de vingt-quatre cellules pour les contagieux. On la critiqua, bien avant d'ailleurs qu'elle soit inaugurée, en raison du va-et-vient continuel qu'elle allait entraîner, mais elle constituait un progrès considérable.

Le docteur Le Filliatre, chirurgien de Fresnes, indiquait dans les statistiques pénitentiaires de 1904 que cent soixante-huit malades étaient passés en chirurgie.

L'infirmerie centrale de Fresnes marque — ainsi que celle de Gaillon — le début de la spécialisation des établissements pour les détenus malades.

Vincens, au VI[e] Congrès pénitentiaire international, réclama l'institution d'un régime spécial dit des « valétudinaires » pour les malades ou infirmes capables de travailler, et un régime spécial pour les demi-fous et déséquilibrés qui en étaient incapables. Il demandait que soit prévu un établissement distinct pour chacune de ces catégories. En 1902, à Quarré, près d'Avallon, le « sanatorium pénitentiaire des Vermireaux » était mis en service pour des pupilles infirmes, dégénérés, atteints de maladies, qui encombraient les infirmeries.

Le Comité consultatif d'hygiène pénitentiaire demanda en 1906 que tous les détenus atteints de tuberculose soient regroupés dans un seul établissement. Deux notes de service, des 3 mai et 2 décembre 1906, prescrivirent le transfèrement de toutes les femmes tuberculeuses dans un quartier spécial de la maison centrale de Montpellier. Mais ce quartier ne fonctionna pas très longtemps, car la note du 27 avril 1908 suspendit les transfèrements.

L'isolement des tuberculeux réclamé depuis longtemps ne fut prescrit qu'en 1925 (circ. du 17 janvier 1925) : « Les tuberculeux devront être isolés des autres détenus dans un local spécial annexé à l'infirmerie. »

L'année suivante, les mineurs atteints de tuberculose pulmonaire étaient transférés au sanatorium de Bellevue (Circ. 29 octobre 1926).

## III. — L'ETAT SANITAIRE

### LA MORTALITE

Les statistiques publiées chaque année par l'Administration pénitentiaire fournissent des renseignements très précieux sur l'état sanitaire des maisons centrales, des pénitenciers agricoles et des établissements d'éducation correctionnelle. Il serait trop long de les reproduire, mais il est utile d'en résumer les données essentielles.

Merry Delabost, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre, présente les moyennes de dix années (1871 à 1880).

La proportion (pour cent) des décès par rapport à la population moyenne offre des variations assez importantes : le minimum étant 2,36, le maximum 6,43, sur lesquelles influe considérablement l'âge des détenus.

La proportion pour mille du nombre des décès annuels par rapport à la population moyenne, dans les maisons centrales et les péni-

tenciers de la Corse, pendant une période de cinq années (1876 à 1881), a été la suivante :

| | *Hommes* | *Femmes* |
|---|---|---|
| — De 16 à 20 ans | 28,06 | 30,30 |
| — De 20 à 30 ans | 23,15 | 32,40 |
| — De 30 à 40 ans | 31,50 | 26,90 |
| — De 40 à 50 ans | 40,90 | 38,60 |
| — De 50 à 60 ans | 63,30 | 67,90 |
| — Au-dessus de 60 ans | 203,30 | 125,70 |

Ces chiffres sont nettement plus élevés que ceux de la mortalité par mille individus en France, indiqués par Bertillon :

| | *Hommes* | *Femmes* |
|---|---|---|
| — De 16 à 20 ans | 6,94 | 7,76 |
| — De 20 à 30 ans | 8,40 | 9,20 |
| — De 30 à 40 ans | 9,03 | 9,86 |
| — De 40 à 50 ans | 13,41 | 12,09 |
| — De 50 à 60 ans | 24,05 | 21,40 |
| — Au-dessus de 60 ans | 52,60 | 51,00 |

On meurt plus dans les prisons ; « cette différence n'a pas lieu de surprendre, dit Merry Delabost, si l'on tient compte de ce fait qu'une partie notable de la population des établissements pénitentiaires y arrive dans un grand état de délabrement ; la vie de misère et de débauche qui a précédé et souvent motivé l'internement, ne l'explique que trop facilement ».

Dans les établissements pour hommes, durant cette même période de cinq années, pour une population moyenne de 75 569 détenus : sur 49 111 admis aux infirmeries, 4 664 avaient été reconnus malades à l'entrée ; 14 122 avaient été désignés comme faibles de constitution ; sur 3 087 décédés, 327 étaient déjà malades et 1 116 reconnus faibles à l'entrée. On faisait les mêmes constatations dans les maisons centrales de femmes.

Le taux de mortalité — comparé à la population moyenne — dans les maisons centrales s'améliora très légèrement au cours de cette période. Il dépendait surtout de la mortalité due à la tuberculose.

| | *Hommes* | *Femmes* |
|---|---|---|
| **1880** | 3,91 | 3,35 |
| **1900** | 1,84 | 2,51 |
| **1910** | 2,25 | 1,92 |
| **1920** | 3,51 | 4,30 |
| **1930** | 1,65 | 1,85 |

Les épidémies sévissaient encore, mais elles disparaîtront progressivement des prisons au début du XX^e siècle.

En 1893, une épidémie de typhus se déclara, à quelques jours d'intervalle, à la prison de Lille et à celle de la Santé (où elle fit plusieurs morts), par suite de transfèrement de détenus. La mise en quarantaine des deux établissements y mit fin.

Le choléra fut signalé à Sainte-Pélagie en 1884, cette prison était des plus insalubres.

On parla encore d'épidémie de scorbut, bien que cette maladie ne soit pas contagieuse. Le scorbut restait fréquent, apparaissant après le mois de mars. Lancereaux rapportait en 1883 qu'il sévit dans deux prisons de Paris. Laurent et Chipier dans sa thèse en parlent comme d'une affection fréquente à la Santé.

La fièvre typhoïde restait à l'état d'endémie dans certaines prisons, et en particulier dans les établissements d'éducation correctionnelle. D'après les statistiques de 1880, la fièvre typhoïde était une des maladies les plus fréquentes avec les affections digestives et la tuberculose.

En 1899, sur quarante cas de fièvre typhoïde, quatre décès furent dénombrés dans ces mêmes établissements. L'année suivante, l'affection fit des ravages dans les établissements de filles de Bavilliers et de Sainte-Anne-d'Auray : seize cas et deux décès. Les améliorations apportées dans l'hygiène alimentaire devaient faire régresser ces épidémies dans les établissements d'éducation correctionnelle ; en 1900 : sept cas, un décès ; 1904 : une petite épidémie fut signalée à Saint-Ilan, mais il n'y eut pas de victime. Ces résultats devaient se maintenir par la suite.

Les épidémies de variole n'étaient pas rares à cette époque. En 1882, Merry Delabost publia dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* les résultats obtenus par des revaccinations générales, au moyen de la vaccine animale. L'histoire de ces revaccinations mérite d'être rapportée :

La variole sévissait épidémiquement dans certains quartiers de la ville de Rouen en 1876. Un prévenu récemment incarcéré apporta la variole dans la prison. Toutes les précautions d'isolement compatibles avec la disposition des infirmeries furent prises, mais ne pouvaient suffire. Plusieurs cas se déclarèrent.

Le meilleur moyen pour conjurer l'épidémie était la revaccination générale. Mais il fallait, pour une population de près de sept cents détenus, une grande quantité de « fluide vaccinal ». Avec

l'autorisation de M. le Préfet, Merry Delabost, le médecin de la prisons, fit acheter une génisse. Il pratiqua sur l'animal un grand nombre d'inoculations ; les pustules vaccinales arrivées à maturation, la vaccination générale fut menée avec célérité. En une heure et demie, aidé par plusieurs médecins et plusieurs internes, il vaccina six cent neuf détenus.

En 1880 et 1881, l'épidémie de variole réapparut. La dernière année, neuf cent trente et un détenus furent vaccinés en deux heures et demie de la même manière.

L'épidémie de variole disparut après la vaccination de tout le personnel et des détenus de l'établissement. Ce type de vaccination était accepté avec moins de répugnance que le vaccin humain, en raison des craintes de syphilis vaccinale.

La variole réapparaissait de temps en temps. Plusieurs notes (12 juillet 1904, 18 mai 1907, 12 et 17 août 1914) rappelaient les mesures de prophylaxie, invitant les directeurs à prendre avec les médecins les dispositions nécessaires pour que les détenus et le personnel soient vaccinés ou revaccinés.

Les vaccinations et les mesures d'hygiène constituaient la base de la prophylaxie des maladies épidémiques. Une note de 1903 fixait la liste des maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection étaient obligatoires (application de la loi du 15 février 1902, relative à la protection de la santé publique).

## LA MEDECINE PENITENTIAIRE ET LES MALADIES DE PRISON

L'ouvrage de Laurent, véritable précis de médecine pénitentiaire, et la thèse de médecine de Chipier, de 1897 (présidée par Brouardel), marquent, semble-t-il, le début de la médecine pénitentiaire au sens de médecine particulière. En 1840, Le Ber, dans son étude sur le scorbut épidémique, avait déjà constaté certaines particularités de cette affection dans les prisons.

Chipier parlait d'une pathologie spéciale : « Nous avons cru remarquer qu'il existait une nosologie spéciale aux habitants des prisons. Certaines maladies observées par nous étant très fréquentes et se présentant avec les même caractères, les mêmes symptômes, se terminant de la même façon, nous avons pensé qu'il existait un cadre d'affections particulières à ces individus qui vivent d'une façon identique et sont soumis à un régime identique. »

« Nous disons que la question des maladies de prison est nouvelle. » D'après Chipier, les auteurs qui écrivirent sur les prisons avant lui parlèrent de l'aliénation mentale, de la phtisie, du scorbut chez les détenus, mais ils effleurèrent certaines autres affections dont ils signalèrent bien la fréquence, mais auxquelles ils ne s'arrêtèrent pas, englobant ces diverses maladies sous la rubrique bien générale et bien vague de « maladies de misère ».

Chipier différenciait la cachexie ordinaire de la cachexie des prisons, l'une étant le résultat ou le « but terminal de la maladie », l'autre un état transitoire, succédant à un état général défectueux, mais se terminant rarement par la mort.

« Cette cachexie des prisons est caractérisée par une anémie qui la détermine, souvent accompagnée d'œdème des membres inférieurs, et souvent des lésions des ganglions lymphatiques. Les adénites cervicales et mésentériques et les œdèmes sans lésion cardiaque ni rénale sont les deux expressions symptomatiques les plus communes de cette cachexie. »

Cette « cachexie » avait des causes multiples : l'hygiène défectueuse, l'insuffisance alimentaire, insuffisance d'aération, le manque d'exercice et le moral déprimé. Ce qui la distinguait, c'était la bénignité des symptômes et le retour facile à la santé dès que les malades étaient soustraits au milieu défavorable étiologique.

Cornil et Lefas firent, en 1907, une communication à l'Académie de médecine sur « l'anémie dite des prisons ». Cette affection figure très souvent dans les statistiques des maladies des prisons de cette époque.

Les statistiques pénitentiaires distinguent alors deux groupes de maladies :

1° les maladies qui motivent le plus grand nombre d'admissions dans les infirmeries : Merry Delabost cite d'abord les maladies des bronches et du larynx, puis les embarras gastriques ; l'anémie et la débilité ; les gastrites et les entérites ; les simulations ; les abcès, furoncles, ulcères ; les pneumonies et pleurésies ; les contusions, plaies, luxations ; la fièvre typhoïde ; la phtisie pulmonaire ; les rhumatismes ; les maladies des yeux ; les scrofules ; l'érysipèle ; les maladies du cœur et du péricarde, etc. ;

2° les maladies qui occasionnent le plus grand nombre de décès : tout d'abord la phtisie pulmonaire, puis les pneumonies et les pleurésies ; l'anémie et la débilité ; les gastrites, entérites, diarrhées ; les maladies du cerveau et de la moelle épinière ; la fièvre typhoïde ; les maladies du cœur, etc.

Voici quelques exemples de statistiques relevées dans les maisons centrales :

**1880** — *Causes des admissions à l'infirmerie* (population moyenne des maisons centrales : 14 268) :

| | |
|---|---|
| Fièvres intermittentes | 1 744 |
| Maladies des bronches et du larynx | 1 011 |
| Indigestions et embarras gastriques | 915 |
| Gastrites, entérites, diarrhées | 569 |
| Fièvres diverses | 564 |

*Causes des décès :*

| | |
|---|---|
| Phtisie pulmonaire | 125 |
| Pneumonie, pleurésie | 98 |
| Maladies des bronches et du larynx | 45 |
| Anémie, débilité, gangrène | 39 |
| Maladies du cerveau, de la moelle et des méninges | 37 |

**1920** — *Causes des admissions à l'infirmerie* (population moyenne journalière des maisons centrales : 7 521) :

| | *Hommes* | *Femmes* |
|---|---|---|
| Courbatures, grippes | 351 | 106 |
| Abcès, furoncles, ulcères | 281 | 19 |
| Anémie, débilité | 195 | 13 |
| Fièvres diverses | 190 | 1 |
| Gastrite, diarrhée, indigestion | 158 | 117 |

*Causes des décès :*

| | | |
|---|---|---|
| Tuberculose | 179 | (67 %) |
| Maladies du cerveau, méningite | 24 | (9 %) |
| Anémie, débilité, gangrène | 22 | (8 %) |
| Maladies de cœur | 11 | (4 %) |

**1939** — *Causes des admissions à l'infirmerie* (population moyenne journalière des maisons centrales : 2 508 hommes et 270 femmes) :

| | *Hommes* | *Femmes* |
|---|---|---|
| Maladies de l'appareil respiratoire | 140 | 29 |
| Grippe, influenza | 96 | 15 |
| Contusions, plaies, luxations | 56 | 0 |
| Anémie, débilité, gangrène | 82 | 31 |
| Fièvres diverses | 78 | 1 |
| Maladies du nez, de la bouche, et des oreilles | 13 | 2 |
| Rhumatismes | 15 | 11 |
| Fatigues, courbatures | 32 | 0 |

Ces quelques statistiques montrent une diminution des causes d'admission dans les infirmeries proportionnellement à la population moyenne correspondant à une baisse de la mortalité.

Par ailleurs, ces statistiques font apparaître l'importance de la tuberculose dans la mortalité.

### *La tuberculose*

Les rapporteurs du VII[e] Congrès pénitentiaire international de 1905 appelèrent la tuberculose « la maladie pénitentiaire par excellence ».

Dève en 1882, Meuvret en 1908, ancien interne de l'infirmerie centrale des prisons de la Seine et médecin de la prison de Fresnes, firent leur thèse de médecine sur la tuberculose dans les prisons. Celle de Meuvret constitue une précieuse contribution au point de vue statistique, étiologique et prophylactique.

Les congrès internationaux pénitentiaires de Rome (1885), de Bruxelles (1900) et de Budapest (1905) inscrivirent à leur programme les moyens de combattre et de traiter cette maladie qui faisait des ravages considérables. Enfin, un certain nombre de circulaires ministérielles se préoccupèrent de sa prophylaxie.

Meuvret donnait les chiffres suivants, extraits de statistiques officielles portant sur dix années : la *mortalité* par tuberculose représentait 40,5 % de la mortalité générale dans les maisons centrales, et 58,33% dans les prisons cellulaires, chiffres qu'il estimait du reste au-dessous de la vérité.

Le tableau concernant la maison centrale de Nîmes est significatif (Dequidt). Il y eut dans cet établissement :

| | | | |
|---|---|---|---|
| En 1912 : | 7 décès par | tuberculose sur un total de | 17 décès |
| En 1913 : | 8 | — — | 30 — |
| En 1914 : | 8 | — — | 20 — |
| En 1915 : | 12 | — — | 32 — |
| En 1916 : | 14 | — — | 41 — |
| En 1917 : | 34 | — — | 84 — |
| En 1918 : | 29 | | |
| En 1919 : | 46 | — — | 104 — |
| En 1920 : | 34 | — — | 46 — |
| En 1921 : | 20 | — — | 30 — |
| En 1922 : | 22 | — — | 27 — |
| En 1923 : | 19 | — — | 24 — |
| En 1924 : | 16 | — — | 22 — |

La mortalité par tuberculose était au moins trois fois plus élevée dans les prisons que dans la population libre : en effet, le taux de mortalité par tuberculose par rapport à la population moyenne des prisons était de 1,12 %, alors qu'il n'atteignait que 0,43 % dans la population libre (Brouardel).

On retrouve cette même proportion plusieurs décades après (chiffres cités par M.-V. Hourcq dans un rapport présenté à la section pénitentiaire du IIe Congrès international de criminologie) :

| | *Statistique générale pour la France* | *Statistique pénitentiaire* |
|---|---|---|
| | — | — |
| **1934** ..... | 0,109 % | 0,69 % |
| **1935** ..... | 0,106 % | 0,55 % |
| **1936** ..... | 0,103 % | 0,37 % |

La maladie atteignait surtout les détenus âgés de 25 à 30 ans, et dans la deuxième et la troisième année de détention. La prison donnait « un coup de fouet à la diathèse ».

Meuvret signalait les scrofules comme une forme spéciale de tuberculose, bien qu'elles ne figurent pas dans les statistiques à la rubrique tuberculose. Elles étaient alors très fréquentes : à Fresnes, sur trois cent quatre-vingts opérations de scrofules, la moitié étaient d'origine tuberculeuse.

Face à cette mortalité excessive, on proposa essentiellement deux *mesures*. Les rapporteurs des divers congrès insistèrent sur la nécessité de la visite médicale initiale afin de dépister les sujets atteints et demandèrent que les tuberculeux soient soignés dans des établissements spécialisés.

Les premiers résultats du sanatorium criminel de Pianosa (Italie) publiés en 1908 furent encourageants. En France, après un essai à Montpellier, il faudra attendre près d'un demi-siècle pour que soit créée une prison-sanatorium.

En attendant, on essaya de combattre avec des moyens beaucoup plus modestes les dangers de la contagion. La circulaire ministérielle du 6 août 1902 prescrivait :

— l'apposition d'affiches interdisant de cracher à terre et l'installation de crachoirs hygiéniques ;

— l'interdiction des balais et plumeaux, le nettoyage des parquets et parois à la serpillière humide ;

— l'aération fréquente des locaux ;

— la désinfection du linge et des déjections des tuberculeux.

La circulaire du 31 mars 1903 étendait ces mesures aux maisons départementales, et celle du 15 avril 1903 prescrivait la désinfection des cellules occupées par les détenus atteints de tuberculose avant qu'elles soient réoccupées par d'autres condamnés.

Ces quelques mesures d'hygiène étaient insuffisantes et firent l'objet de critiques dans un rapport de l'Inspection générale de 1904 :

> « Sans doute, depuis le rapport général de 1902, les maisons centrales ont été munies de crachoirs collectifs hygiéniques... dont le fonctionnement et l'entretien se monteront à une somme annuelle de 1 200 à 1 600 francs.
>
> « Il semble que pour une dépense sensiblement analogue on eût pu avoir dans chaque établissement un poste de désinfection complet.
>
> « ...On doit se demander si la lutte contre la tuberculose dans les maisons centrales est conduite avec une méthode suffisante, si la désinfection des crachoirs collectifs, même obtenue à prix coûteux, peut donner des résultats positifs, alors qu'on ne désinfecte ni le linge, ni la literie des tuberculeux, alors surtout qu'on laisse ceux-ci en contact permanent avec les non-tuberculeux, même dans les locaux d'infirmeries. »

On comprend que, dans de telles circonstances, les mesures prophylactiques préconisées par Meuvret aient été prudentes :

*a*) se préoccuper avant tout de l'hygiène des locaux (la mortalité générale et la mortalité par tuberculose sont doubles dans les vieilles prisons mal installées) ;

*b*) créer dans chaque prison un quartier spécial pour les tuberculeux qui seront soumis à un régime prescrit par le service médical ;

*c*) supprimer dans la mesure du possible les punitions consistant en une privation plus ou moins complète de nourriture ;

*d*) observer très rigoureusement les mesures d'hygiène prescrites par les règlements, en particulier désinfecter les cellules avant d'y loger un nouveau détenu.

L'isolement des tuberculeux ne fut prescrit qu'en 1925 et la tuberculose continua de faire trois fois plus de morts dans les prisons que dans la population libre. Elle resta la maladie des prisons par excellence, arrivant toujours au premier rang des causes de mortalité (56 % en 1930, 30 % en 1939).

### *Le quartier spécial de Gaillon*

L'étude de Baillarger sur la folie pénitentiaire date de 1840. Dès cette époque, de nombreux médecins aliénistes se préoccupèrent des sujets atteints de maladies mentales pendant leur détention.

Parchappe avait attiré l'attention de l'Administration pénitentiaire sur cette question dans son rapport sur la statistique médicale des états pénitentiaires pour la période 1856-1860 : « ...il y aurait nécessité de créer dans les dépendances des maisons centrales trois ou quatre asiles spéciaux où seraient transférés, des autres maisons centrales, les détenus atteints d'aliénation mentale, pour y être traités et maintenus pendant la durée de leur peine et de leur maladie. »

Dans la statistique médicale pour 1861-1866, on lit : « ...il serait désirable que l'administration pût affecter un ou plusieurs établissements spéciaux à cette catégorie de détenus. Une semblable mesure permettrait de donner, dans des conditions conformes à ce qu'exigent l'humanité et la sûreté publique, tous les soins que réclame l'état de ces individus, notamment lorsqu'il s'agit d'épileptiques, que la plupart des asiles spéciaux sont fondés à refuser. »

Parchappe insistait sur les inconvénients multiples résultant soit du maintien dans les maisons centrales des condamnés atteints d'aliénation mentale, soit de leur placement dans les asiles d'aliénés. Dans les prisons, ils ne pouvaient recevoir les traitements susceptibles d'améliorer leur état et les asiles d'aliénés ne présentaient pas toujours les garanties suffisantes de sûreté pour y enfermer des criminels souvent dangereux, simulant parfois la folie afin de s'évader ou se soustraire à la rigueur du régime pénitentiaire.

Aux termes de la décision ministérielle du 12 avril 1861, les préfets pouvaient diriger sur les asiles spéciaux les détenus de toute catégorie atteints d'aliénation mentale. L'arrêté qui ordonnait cette mesure était transmis à l'administration centrale (circulaire du 7 décembre 1864) avec le rapport du médecin qui l'avait motivée. Les certificats des médecins ne satisfaisant pas — semble-t-il — l'administration, firent l'objet de circulaires ministérielles (8 novembre 1865 et 20 mars 1869) : « Il arrive fréquemment que l'examen fait par le médecin de la prison laisse beaucoup à désirer ; les renseignements fournis par la situation mentale du détenu sont insuffisants... »

Divers moyens avaient été proposés pour remédier à cette situation. La solution adoptée et dont parla Foville dans un mémoire sur la législation spéciale des aliénés « serait peut-être, ainsi que l'administration supérieure paraît y avoir songé plus d'une fois, d'établir auprès de certains établissements pénitentiaires un quartier spécial d'aliénés, aménagé comme le sont les bons asiles ».

Cette solution avait en effet retenu l'attention, car en 1866 l'inspecteur général Constans fut chargé par le ministre de l'Intérieur d'examiner les bâtiments de l'ancienne colonie industrielle de Gaillon pour voir s'il serait possible d'y établir un quartier de condamnés aliénés.

En 1869, le docteur Constans, accompagné du docteur Rousselin, alors inspecteur général du service sanitaire des prisons, vinrent à Gaillon pour faire préparer les travaux que l'on commença en 1870.

La guerre entraîna quelque retard, et le 17 mai 1876 le quartier spécial annexé à la maison centrale de Gaillon fut ouvert aux détenus aliénés condamnés à plus d'un an, ainsi qu'aux épileptiques non aliénés venant des autres maisons centrales.

« Cette installation, disait le docteur Hurel, chargé de la direction médicale, marquera dans les annales de l'Administration pénitentiaire en France. »

Le quartier de Gaillon avait un règlement spécial (règlement du 19 février 1876) donnant au médecin certaines attributions particulières. Lorsque ce dernier estimait un détenu guéri de l'affection mentale ayant motivé son admission, il constatait le fait dans un rapport spécial qu'il remettait au directeur, lequel prenait les ordres de l'autorité supérieure sur la destination à donner au détenu (article 10). En cas d'infraction, les punitions ne pouvaient être infligées qu'après avis du médecin. Celui-ci pouvait autoriser l'usage du tabac.

Le régime alimentaire des malades était en tout semblable à celui de l'infirmerie de la maison centrale. Mais Hurel l'estimait insuffisant.

Deux années après sa création, le quartier spécial avait reçu 136 condamnés, dont 82 aliénés et 54 épileptiques.

Le quartier de Gaillon, le seul établissement de ce genre existant en France, ne recevait que les malades de sexe masculin. On projeta d'établir à la maison centrale de Doullens un quartier semblable pour les femmes, mais le projet ne fut pas réalisé.

La création du quartier de Gaillon avait été un acte spontané de l'Administration pénitentiaire, acte que ne consacrait aucune loi.

Les projets de révision de la loi du 30 juin 1838, préparés par le gouvernement en 1877, puis une commission du Sénat, proposaient d'un commun accord que les condamnés aliénés, conduits dans des quartiers spéciaux d'aliénés annexés à des établissements pénitentiaires, y soient retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine. En cas de guérison constatée avant l'expiration de la peine, l'aliéné guéri réintégrerait un établissement pénitentiaire. Lorsque, au contraire, le terme de la condamnation survenait avant la guérison, l'article 41 du projet de la commission sénatoriale prévoyait que le condamné libéré soit conduit et retenu dans des asiles que l'on se proposait de créer spécialement pour les « aliénés dits criminels ».

Ce projet de loi fut repoussé par la Chambre, et le Conseil supérieur maintint ce rejet. Le vote du Conseil avait d'ailleurs été déterminé par les docteurs Magnan et Bourneville qui soutenaient que les aliénés criminels étaient avant tout des malades ayant droit aux mêmes soins que les aliénés ordinaires.

En 1901, les problèmes budgétaires entraînèrent la suppression du quartier de Gaillon. L'année suivante, pour les mêmes raisons, le ministre de l'Intérieur prenait, le 7 mai, une décision selon laquelle le quartier spécial de Gaillon cesserait le 1er janvier 1903 de faire partie des services de l'Administration pénitentiaire pour dépendre, comme établissement national de bienfaisance, des services de l'Assistance et de l'Hygiène publique.

Cette transformation en asile d'aliénés criminels fut ajournée, et en 1906 le ministre insistait pour obtenir la suppression du quartier spécial de Gaillon :

> « L'asile annexe de la prison centrale ne contient plus qu'une quarantaine d'aliénés criminels. Nous ne pouvons permettre plus longtemps que ces malades soient surveillés et soignés par des gardiens de prison dépendant de la colonie de Douaires. Il faut leur donner des gardes-malades appartenant à l'administration de l'Assistance et de l'Hygiène publique...
>
> « Lorsque nous aurons réalisé cette œuvre, rien ne nous empêchera d'étudier la question de la création, à Gaillon ou ailleurs, d'un établissement d'aliénés criminels. »

Gaillon fut supprimé par décret du 25 avril 1906.

Une circulaire (10 juillet 1906) prenait de nouvelles mesures pour que les aliénés soient admis dans un établissement d'aliénés, le médecin spécialiste prescrivant le transfèrement par un rapport.

En 1924, une enquête portant sur les prisons de la Seine fut confiée par le ministre de l'Hygiène aux docteurs Briand et Mallet, qui conclurent leur rapport en disant : « Il serait nécessaire d'envisager dès maintenant les moyens pour le médecin d'examiner les condamnés dont le dossier, la fréquence des délits, le caractère de ceux-ci, la tenue à la prison comportent une présomption de trouble mental. »

Blacque-Belair demandait, en 1932, la création d'annexes psychiatriques dans les prisons afin d'améliorer les conditions matérielles dans lesquelles se faisaient les expertises et où les détenus suspects de troubles mentaux pourraient être observés et étudiés, et la création de laboratoires d'anthropologie criminelle pour étudier et classer par des méthodes médico-psychologiques les individus condamnés. Cette dernière proposition avait fait l'objet d'une discussion, le 12 janvier 1931, devant la Société de médecine légale ; tous les médecins y avaient été favorables.

Par contre, les juristes s'y opposèrent. La conclusion de Me Garçon fut la suivante: « Je souhaite très vivement que des services médicaux soient établis dans nos prisons, que des laboratoires soient organisés et que les praticiens puissent y exercer leurs fonctions utilement, mais je me résous difficilement à un examen méthodique et obligatoire de tous les prévenus, de même que je crois dangereux d'accepter toute mesure qui tendrait dans la si petite mesure que ce soit à permettre, hors les cas prévus par la loi pénale, à apporter une modification quelconque au traitement du condamné tel qu'il a été fixé par le tribunal compétent. »

En 1936, un décret du 31 mars créait, dans un but expérimental, des services d'examens psychiatriques dans les prisons de la Santé, la Petite-Roquette et Fresnes.

## LE SUICIDE EN MILIEU PENITENTIAIRE

Les statistiques pénitentiaires montrent que le nombre de suicides était incontestablement plus important dans les maisons d'arrêt que dans les maisons centrales.

Voici quelques données :

| | *Maisons centrales* | *Maisons d'arrêt* |
|---|---|---|
| | — | — |
| **1880** ..... | 3 | 20 |
| **1900** ..... | 2 | 24 |
| **1910** ..... | 0 | 17 |
| **1920** ..... | 2 | 21 |
| **1930** ..... | 4 | 11 |
| **1939** ..... | 1 | 7 |

Leur plus grande fréquence dans les premiers jours de l'incarcération explique vraisemblablement cette différence entre les maisons d'arrêt et les maisons centrales.

*La grève de la faim* est signalée très exceptionnellement dans le *Bulletin de la Société générale des prisons*. Le seul exemple trouvé est le suivant : dans le courant du mois d'août 1912, René Dolié, rédacteur de *la Guerre sociale,* détenu à la prison de la Santé, resta cent huit heures sans prendre de nourriture, pour protester contre le refus de l'administration de lui accorder le bénéfice du régime politique : « C'est ce qu'on appela faire la grève de la faim. » Puis, cédant aux conseils de ses amis, M. Dolié s'alimenta.

CHAPITRE V

# DE 1945 A NOS JOURS

La Commission des réformes pénitentiaires, réunie au printemps 1945 et présidée par le garde des sceaux, a jeté les bases et arrêté les grandes lignes d'une *réforme des institutions pénitentiaires*. Il convient de souligner le rôle important que prit Paul Amor, directeur de l'Administration pénitentiaire après la Libération, dans l'élaboration de cette réforme dont les quatorze principes constituent une sorte de charte :

I. — La peine privative de liberté a pour but essentiel l'amendement et le reclassement social du condamné.

II. — Son exécution est organisée, dans la métropole ou en Algérie, à l'égard de tous les individus condamnés par les juridictions du continent, de la Corse ou de l'Algérie, pour les infractions de droit commun.

III. — Le traitement infligé au prisonnier, hors de toute promiscuité corruptive, doit être humain, exempt de vexations, et tendre principalement à son instruction générale et professionnelle, et à son amélioration.

IV. — Tout condamné de droit commun est astreint au travail et bénéficie d'une protection légale pour les accidents survenus pendant son travail ; aucun ne peut être contraint à rester inoccupé.

V et VI. — L'emprisonnement préventif est subi dans l'isolement de jour et de nuit.

Il en est de même, en principe, de l'emprisonnement pénal jusqu'à un an.

VII. — La répartition a pour base le sexe, la personnalité et le degré de perversion du délinquant.

VIII. — Un régime progressif est appliqué dans chacun de ces établissements (ceux pour les condamnés à de longues peines), en vue d'adapter le traitement du prisonnier à son attitude et à son degré d'amendement. Ce régime va de l'encellulement à la semi-liberté.

IX. — Dans tout établissement pénitentiaire où sont purgées des peines de droit commun privatives de liberté d'une durée supérieure à un an, un magistrat exclusivement chargé de l'exécution

des peines aura seul compétence pour ordonner le transfert d'un condamné dans un établissement d'un autre type, pour prononcer l'admission aux étapes successives du régime progressif et pour rapporter les demandes de libération conditionnelle auprès du comité institué par le décret du 16 février 1888.

X. — Dans tout établissement pénitentiaire doit fonctionner un service social et médico-psychologique.

XI. — Le bénéfice de la libération conditionnelle est étendu à toutes les peines temporaires.

XII. — Assistance doit être donnée aux prisonniers pendant et après la peine, en vue de faciliter leur reclassement.

XIII. — Tout agent du personnel pénitentiaire doit avoir subi les cours d'une école technique spéciale.

XIV. — La Commission des réformes pénitentiaires avait enfin souhaité que soit recherché pour les relégués, un internement en colonie pénale, en principe perpétuel, mais susceptible d'être abrégé par une libération anticipée.

En 1955, les « règles minima pour le traitement des délinquants », approuvées par les Nations Unies, s'ajoutaient à ces principes.

L'Administration pénitentiaire s'est efforcée de donner une suite effective aux suggestions dont elle avait été saisie. Les travaux d'aménagement, de transformation en établissements spécialisés permettant l'individualisation de la peine et le traitement du délinquant s'accomplirent selon un plan d'ensemble respectant les idées de la réforme de 1945. Cette réforme s'accomplit de 1945 à 1959, à peu près sans texte, d'une manière toute fragmentaire et quelque peu expérimentale.

*Le Code de procédure pénale,* élaboré en 1959 en fonction de ces principes et des résultats de cette phase expérimentale, renferme de nombreuses dispositions intéressant l'hygiène et le service sanitaire.

Les dispositions concernant l'hygiène ont été rassemblées aux articles D. 349 à D. 363, qu'il s'agisse de l'aménagement et de l'entretien des bâtiments, du fonctionnement des services économiques et de l'organisation du travail, ou de l'application des règles de propreté individuelle et de la pratique des exercices physiques.

Le Code de procédure pénale a réalisé la synthèse des différentes règles qui régissent l'organisation sanitaire de l'Administration pénitentiaire, tout en édictant des principes ou des prescriptions qui modifient et améliorent la structure et le fonctionnement des services médicaux.

Parmi les articles consacrés aux généralités de l'organisation sanitaire (art. D. 364 à D. 372), il convient de relever l'institution du fichier médical ou dentaire qui doit être tenu à l'infirmerie de l'établissement (art. D. 371). La fiche individuelle concernant chaque détenu est adressée, en cas de transfèrement, à l'établissement de destination. Ainsi, le détenu peut être suivi médicalement, quels que soient ses changements d'affectation.

Le rôle du médecin de la prison a fait l'objet de développements particuliers (art. D. 373 à D. 379).

Les cas où le médecin doit visiter obligatoirement les détenus sont énumérés à l'article D. 375. Le rôle du praticien ne se limite d'ailleurs pas à ces visites et à la prescription des soins. Il peut avoir à émettre un avis concernant les modalités du régime de la détention ou l'opportunité médicale de prolonger celle-ci. En effet, si le médecin estime que la santé physique ou mentale d'un détenu risque d'être affectée par quelque aspect du régime auquel il est soumis, ou par la détention même, il en avise le chef de l'établissement (art. D. 375, dern. al.). Il en est notamment ainsi au sujet de l'application du régime de l'emprisonnement individuel, dans les diverses hypothèses où un détenu est isolé de jour et de nuit.

Les principes permettant de résoudre les problèmes délicats soulevés par la délivrance des attestations et certificats médicaux sont énoncés à l'article D. 378. Le médecin doit renseigner l'Administration pénitentiaire ou l'autorité judiciaire, dès lors que les précisions fournies sont nécessaires à la classification et au traitement pénitentiaire ou postpénal ; mais, à l'inverse, il ne délivre pas de certificats aux détenus, à leur famille ou à leur conseil, sous les réserves exprimées au texte.

Des dispositions destinées à préserver le secret médical figurent, d'autre part, aux articles D. 161 et D. 371 (classement, consultation et transmission des fiches et dossiers médicaux) et D. 372 (correspondance entre les médecins d'établissement et le médecin inspecteur).

Le principe de la gratuité des soins dont bénéficient les détenus est posé à l'article D. 380. Les détenus, prévenus ou condamnés, ne peuvent être examinés ou traités, même à leurs frais, par un médecin de leur choix ou en dehors de la prison, à moins d'une autorisation ministérielle (art. D. 380, al. 2).

Les textes suivants (art. D. 381 à D. 390) déterminent les modalités d'application du traitement médical.

L'administration des soins prescrits et des médicaments ordonnés par le médecin ne peut être effectuée que par l'infirmier ou l'infirmière, ou sous leur contrôle direct (art. D. 381, al. 2). Cette

disposition exclut qu'une tâche comportant une responsabilité personnelle puisse être confiée, en cette matière de soins, à un détenu.

L'article D. 382 pose le principe que les détenus malades qui ne peuvent être soignés au lieu même de leur détention doivent être envoyés dans un établissement pénitentiaire mieux approprié ou spécialisé pour leur donner les soins nécessaires, et que c'est seulement au cas où leur état de santé interdit leur transfèrement, ou au cas où il y a urgence, qu'ils doivent être admis dans le service hospitalier le plus proche.

Les articles D. 393 et D. 394 aménagent le service de dépistage et de soins antivénériens et antituberculeux.

L'organisation du service vénérien existait déjà, et le texte de l'article D. 393 ne fait que consacrer une pratique régulièrement suivie dans les établissements. L'examen et les soins sont assurés par la direction départementale de la Santé.

Le code pose le principe de l'intervention régulière des services départementaux d'hygiène sociale dans la prophylaxie de la tuberculose et prescrit que chaque détenu fasse l'objet d'une cuti-réaction, et, si celle-ci est positive, d'examens radioscopiques ou radiographiques.

La vaccination par le B.C.G. peut être réclamée par les détenus âgés de moins de vingt-cinq ans (art. D. 394, al. 3).

Les consultations d'hygiène mentale n'ont pas un caractère obligatoire, mais leur organisation, dans chaque maison d'arrêt, par les services qualifiés des directions départementales de la Santé, est envisagée à l'article D. 395.

De même, les détenus peuvent être soumis, sur leur consentement et avis médical, à une cure de désintoxication alcoolique (art. D. 396).

Les « annexes psychiatriques » et leur développement sont prévus à l'article D. 397, qui prévoit la possibilité de transférer dans les établissements pourvus de tels services des détenus paraissant atteints d'anomalies mentales.

Enfin, les articles D. 399 à D. 401 règlent les problèmes délicats soulevés par la maternité dans les établissements pénitentiaires, qu'il s'agisse de femmes enceintes au moment de leur incarcération et pouvant accoucher pendant leur détention, ou de celles qui ont un enfant en bas âge.

## I. — L'ORGANISATION MEDICALE PENITENTIAIRE

### LES CENTRES MEDICAUX PENITENTIAIRES

L'hospitalisation des détenus malades s'impose lorsque ceux-ci ne peuvent recevoir les soins que nécessite leur état à l'infirmerie de la prison.

Les prévenus devant rester à la disposition du juge d'instruction sont transférés — en cas de maladie — à l'hôpital pénitentiaire correspondant (pour les régions parisienne et marseillaise) ou à l'hôpital civil le plus proche (pour les autres régions).

L'hospitalisation des condamnés se fait quelquefois dans un établissement ne relevant pas de l'Administration pénitentiaire : en cas d'urgence et d'affections médico-chirurgicales demandant des traitements très spécialisés. Mais cette solution présente de réels inconvénients.

Dans la majorité des cas, elle s'effectue dans des établissements pénitentiaires spéciaux, qu'il s'agisse des hôpitaux pénitentiaires organisés pour que les interventions chirurgicales et les traitements les plus courants y soient pratiqués, ou des établissements pour des traitements de longue durée.

#### *Les hôpitaux pénitentiaires*

Pendant de nombreuses années, l'infirmerie des prisons de Fresnes resta le seul centre pénitentiaire équipé pour des interventions de grande chirurgie.

Non seulement elle recevait les détenus de la région parisienne, mais ceux de toute la métropole. Toutefois, son équipement et son installation datant de 1900 n'étaient pas à la mesure de l'accroissement du nombre des malades. Afin d'éviter l'encombrement du service, une circulaire du 7 août 1951 posa le principe que les admissions seraient désormais exceptionnelles pour les détenus en provenance d'autres prisons que celles de Fresnes et de la Santé. Néanmoins, l'activité de l'infirmerie centrale restait considérable puisque 333 opérations chirurgicales furent pratiquées en 1951, dont 68 opérations d'oto-rhino-laryngologie et 4 de neuro-chirurgie.

Le rapport annuel sur l'exercice 1951 prévoyait de porter le nombre de lits à trois cents, grâce à des constructions nouvelles, afin d'en faire un véritable hôpital. La construction d'un nouveau bloc opératoire, entreprise dans le cadre du programme de moder-

nisation de l'hôpital central pour remplacer la salle d'opération datant de l'origine de la prison, fut achevée en 1962.

En 1964, les docteurs Petit et Lesur pratiquèrent 291 actes de grande chirurgie et de chirurgie courante.

A la prison des Baumettes de Marseille, le bloc médico-chirurgical commencé en 1950 était en voie d'achèvement en 1952.

En 1966, deux hôpitaux pénitentiaires existaient : l'hôpital central des prisons de Fresnes, où d'importants travaux étaient en cours de réalisation afin d'accroître sa capacité, et l'hôpital des Baumettes des prisons de Marseille comptant quarante-sept lits.

*Les autres centres médicaux*

a) *Le sanatorium de Liancourt.*

La redécouverte du sanatorium pénitentiaire date de 1948-1949. Le sanatorium de Liancourt, d'une capacité totale de trois cent soixante places, admettait, en 1949, 244 malades. Outre les soins courants, il y fut pratiqué la même année 43 opérations chirurgicales (83 interventions en 1951).

Depuis plusieurs années, les interventions de chirurgie thoracique sont faites au centre Marie-Lannelongue.

En 1966, 139 détenus atteints de tuberculose furent admis au sanatorium.

Cet établissement comprend actuellement deux bâtiments distincts : un sanatorium et un hospice de vieillards. Ce dernier, d'une capacité de cent vingt places, reçoit les détenus âgés de plus de 60 ans qui, en raison de leur état, ne peuvent être maintenus en détention ordinaire.

Les infirmeries spéciales de Saint-Martin-de-Ré et de Saint-Malo où étaient soignées les tuberculoses osseuses et ganglionnaires ont perdu ces dernières années leur fonction d'établissements antituberculeux en raison de la diminution du nombre de cas.

b) *L'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt de Pau.*

Les condamnés non tuberculeux atteints d'asthme ou d'emphysème sont dirigés sur cette infirmerie spéciale.

c) *Le centre des malades chroniques de la maison centrale de Poissy* est destiné à recevoir des détenus atteints d'une affection chronique ne nécessitant pas de soins hospitaliers, mais exigeant cependant une surveillance médicale régulière et un régime de détention assoupli.

Cet établissement reçoit, d'une manière générale, les détenus diabétiques, cardiaques, et les gastrectomisés.

d) *L'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt de Blois* reçoit les détenus ayant subi à l'hôpital de Fresnes des interventions chirurgicales portant sur les voies digestives. Pour éviter leur maintien à Fresnes, il a été décidé au mois de novembre 1966 de transférer ces détenus convalescents dans cette infirmerie, où ils reçoivent les soins et le régime diététique prescrits après leur intervention.

e) *Les établissements réservés aux condamnés psychopathes.*

L'Administration pénitentiaire a dû faire face au problème posé par le maintien en détention des détenus présentant des anomalies mentales sans que pour autant leur état puisse les faire considérer comme atteints de démence qui justifierait leur placement dans un hôpital psychiatrique régi par la loi de 1838.

Les consultations d'hygiène mentale établies dans quelques établissements permettent de déceler très rapidement des tendances psychopathiques, surtout chez les détenus récemment incarcérés, et de mettre aussitôt un traitement en œuvre. Toutefois, certaines anomalies mentales sont justifiables d'un régime de détention particulier, comportant une observation, un traitement médical et des mesures de surveillance renforcées.

C'est pourquoi deux établissements ont été spécialisés successivement pour recevoir les condamnés de cette catégorie. L'admission dans l'un de ces deux centres est prononcée par la commission de classement du Centre national d'orientation.

Le centre d'observation psychiatrique de Château-Thierry a été mis en état de fonctionnement au cours de l'année 1950. Le 1er janvier 1951, il contenait quarante malades. Cet établissement, disposant de soixante-quinze places, devint rapidement insuffisant et l'administration a dû recourir à l'aménagement de l'ancienne prison pour femmes de Haguenau.

Le centre pénitentiaire de réadaptation de Haguenau, mis en service le 21 avril 1964, ne put accueillir que trente-six détenus la première année, alors qu'il comprenait quatre-vingts cellules individuelles. En fait, on avait dû interrompre les admissions dès octobre 1964 en raison du manque de personnel infirmier et de surveillance. En mars 1965, il fut possible de procéder à de nouvelles affectations.

f) *Les centres pour handicapés physiques.*

Deux centres ont été aménagés pour les détenus ne pouvant être mêlés à la population pénale ordinaire en raison d'une grave

infirmité entraînant notamment leur inaptitude au travail :

— le centre des handicapés physiques de la maison centrale d'Eysses, disposant de quarante places ;

— le centre des handicapés physiques de la maison centrale de Nîmes, disposant de vingt-huit places.

Les détenus aveugles placés en 1950 dans un quartier spécial du centre pénitentiaire de la Châtaigneraie, à la Celle-Saint-Cloud, furent transférés en 1963 à la maison d'arrêt d'Evreux. Ce centre devait être désaffecté en 1966 en raison du nombre extrêmement réduit de détenus aveugles. Ils sont actuellement dirigés sur l'un des deux centres pour handicapés physiques d'Eysses ou de Nîmes.

L'aménagement d'établissements spécialisés s'est fait progressivement depuis 1950. Ces centres médicaux essaient de répondre aux besoins et de s'adapter aux situations nouvelles. C'est ainsi qu'en quinze ans, deux établissements pour tuberculose osseuse et ganglionnaire ont disparu, tandis que furent créés les centres pour handicapés physiques et pour psychopathes.

Malgré toutes ces mesures, l'hospitalisation des détenus malades demeure un des problèmes de la médecine pénitentiaire.

Le transfèrement dans les hôpitaux de Paris et de Marseille étant difficile et les délais d'admission souvent longs, beaucoup de malades — en particulier en cas d'urgence — sont hospitalisés dans les hôpitaux civils ayant un quartier pénitentiaire.

Malheureusement, les locaux sont le plus souvent inadaptés et en fort mauvais état. Aussi, lors des Journées de médecine pénitentiaire de 1963, de nombreux médecins ont-ils demandé la création d'infirmeries de prison suffisamment aménagées et équipées pour permettre d'y traiter des malades.

## LE PERSONNEL MEDICAL

### *Les infirmières*

Avant la guerre de 1939-1945, les infirmeries de prison se trouvaient sous la garde d'un surveillant, si possible ancien infirmier de l'armée, dont le rôle médical se bornait surtout à inscrire sur le registre de l'infirmerie les détenus candidats à la visite. Souvent, un infirmier détenu lui était adjoint, avec tous les inconvénients que ce système impliquait.

Après la guerre, la nomination d'internes et d'infirmiers fut décidée.

Une circulaire du 30 mai 1945 prévoit l'affectation à chaque établissement d'une infirmière désignée par la Croix-Rouge et en fixe les attributions. Le budget de 1946 comportait un crédit pour trente emplois d'infirmiers pénitentiaires. Mais les infirmeries et les hôpitaux ne fonctionnèrent qu'avec un nombre restreint d'infirmières contractuelles dont la rémunération était fixée par application d'une circulaire du secrétaire d'Etat aux Finances du 21 juillet 1949. Le recrutement souffrait énormément des conditions pécuniaires offertes, surtout lorsqu'on les comparait à celles en vigueur dans le secteur public ou semi-public.

Le projet de création d'un corps d'infirmières fonctionnaires remonte à 1956. La situation resta inchangée, et le rapport général pour l'exercice de 1966 soulignait que « l'application d'un statut s'avère de plus en plus nécessaire pour le fonctionnement des hôpitaux de Fresnes et des Baumettes, ainsi que des infirmeries spécialisées »...

L'insuffisance quantitative du personnel infirmier, en particulier de personnel spécialisé, a été constatée lors des Journées de médecine pénitentiaire.

*Les médecins*

Les obligations et les droits des médecins ont été définis dans le nouveau Code de procédure pénale.

Le service médical des prisons a trop souvent été considéré comme un service charitable que devait rendre le médecin qui ne recevait en échange qu'une très faible rémunération. Aussi n'est-il pas étonnant de lire dans le « Résumé des activités de l'Administration pénitentiaire au cours de l'année 1949 » (*Revue pénitentiaire et de droit pénal* 1950, p. 261 et suiv.) : « Jusqu'à présent, les médecins civils qui assurent ce service sans être spécialement rémunérés ne consentent à intervenir que dans les cas très graves. »

Le problème des rémunérations a très souvent été soulevé pendant ces quinze dernières années. Deux arrêtés (15 juillet et 24 novembre 1958) fixaient les nouveaux taux applicables aux internes et aux médecins. Pour ces derniers, la vacation de trois heures était fixée à 1 500 anciens francs à compter du 1er janvier 1959. C'est à partir de cette date que les chirurgiens, les médecins spécialistes et les chirurgiens-dentistes appelés occasionnellement à soigner les détenus reçurent une rémunération.

Un arrêté interministériel du 23 mars 1959 a revalorisé le taux horaire des vacations accomplies par les médecins titulaires des établissements pénitentiaires.

Le malaise ressenti par les médecins s'est exprimé en 1962 par le recours formé par le syndicat groupant l'ensemble de ces praticiens contre l'arrêté du 31 janvier 1962 fixant le taux des indemnités. Mais les rémunérations allouées aux praticiens sont restées insuffisantes, et en 1966 le rapport de l'Inspection des services médicaux indique que « le recrutement des médecins s'avère de plus en plus difficile en raison de la faiblesse des moyens de rémunération dont dispose l'Administration pénitentiaire. L'insuffisance du nombre de postes d'infirmières est à l'origine d'une difficulté supplémentaire considérable. L'effectif du personnel soignant doit être augmenté rapidement et ce personnel doit bénéficier d'un statut comparable à celui existant dans les autres formations sanitaires nationales. Si ces conditions ne sont pas remplies, le service de santé des prisons va au-devant d'une crise grave qu'il faut éviter à tout prix sous peine de porter atteinte à l'esprit même de la réforme pénitentiaire ».

## L'INSPECTION DES SERVICES MEDICAUX

L'Inspection des services médicaux existait avant le nouveau Code de procédure pénale. Le rapport d'ensemble de l'Inspection générale de 1926 contient une étude complète faite par les docteurs Dequidt, inspecteur général des services administratifs, et Paul, médecin légiste, sur l'hygiène générale et les services médicaux dans les prisons.

En 1948, un médecin inspecteur était mis à la disposition de l'Administration pénitentiaire par la Santé publique. Mais l'absence de médecin affecté à l'administration centrale avant 1960 n'avait guère favorisé l'organisation des services médicaux.

L'Inspection médicale a été créée par l'article D. 372 du Code de procédure pénale de 1958 :

> « Un médecin est affecté à l'administration centrale, qui est chargé de l'inspection des services infirmiers et médicaux de l'Administration pénitentiaire.
>
> « Ce médecin s'assure, du point de vue technique, du fonctionnement des services sanitaires et de l'observation des règles d'hygiène dans les prisons.
>
> « Les médecins des établissements peuvent correspondre directement avec lui, à l'occasion des affaires mettant en cause le secret professionnel. »

Conformément aux prévisions de ce texte, un médecin inspecteur nommé par arrêté du 30 novembre 1959, le docteur Georges Fully, est entré en fonction le 1er janvier 1960. Il est bien certain que l'organisation d'un service de santé concernant environ 30 000 per-

sonnes et 180 établissements nécessitait des compétences professionnelles particulières et que celles-ci, par définition, ne relèvent pas des connaissances du magistrat.

En fait, la présence d'un médecin de l'administration centrale a fait de celui-ci plus qu'un inspecteur. Très rapidement, on s'adressa à lui pour l'organisation générale des services médicaux, le recrutement du personnel, les problèmes d'équipement, les questions d'ordre thérapeutique, les transferts pour raisons médicales et la mise sur pied des institutions nouvelles (centres médico-psychologiques, établissements pour psychopathes, infirmeries spécialisées).

Bien que le médecin inspecteur ne possède pas le pouvoir de décision administrative qui appartient à l'Administration pénitentiaire, il agit en fait comme le directeur d'un service de santé pénitentiaire en ce qui concerne les problèmes qui se posent sur le plan médical. Il assure entre tous les médecins de prison et l'administration centrale une véritable coordination et crée un lien jusqu'alors inexistant.

## L'ENSEIGNEMENT DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE

La nécessité d'un enseignement de la médecine pénitentiaire avait été ressentie lors des congrès pénitentiaires internationaux du début du siècle et la première expérience avait été tentée à Strasbourg, en 1923. Cet enseignement faisait, semble-t-il, une place importante à la psychiatrie pénitentiaire.

L'importance de la relation clinique en milieu pénitentiaire, les problèmes particuliers de la médecine de prison rendant indispensable un enseignement de la médecine pénitentiaire, celui-ci fut institué par arrêté du ministre de l'Education nationale du 12 juillet 1965.

L'enseignement donné à la chaire de médecine légale, droit médical et déontologie de la faculté de médecine de Paris a commencé le 7 janvier 1966. Le cours d'administration médico-pénitentiaire est placé sous la direction du directeur de l'Administration pénitentiaire ; celui de pathologie carcérale, sous la direction du professeur L. Dérobert.

Le programme comprend l'étude de l'organisation de la Justice, des services pénitentiaires et des services médicaux, et des problèmes médico-pénitentiaires soulevés par la pathologie carcérale.

La reconnaissance, sur le plan universitaire, de cette discipline particulière de la science médicale constitue un progrès certain.

## II. — LA MEDECINE PENITENTIAIRE

Depuis plusieurs années, le nombre de médecins spécialistes s'est accru dans les grands établissements pénitentiaires ; ainsi, à Fresnes, les spécialités suivantes sont représentées : chirurgie, orthopédie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, urologie, neurologie, psychiatrie, cardiologie, dermatologie et radiologie. Mais dans la plupart des prisons, le médecin pénitentiaire est un généraliste.

### *L'hygiène et le régime alimentaire*

Le médecin doit jouer un rôle d'hygiéniste, mais le nombre souvent important des consultants et les vacations réduites ne lui permettent pas de passer des heures en inspection d'hygiène et à donner des directives aux responsables. C'est pourquoi aux Journées de médecine pénitentiaires les médecins ont demandé que soient prévues des vacations supplémentaires qu'ils consacreraient exclusivement à cette tâche, mais il s'agit surtout d'un problème de crédits.

Le problème de l'alimentation du détenu est très important en raison de la fréquence des affections digestives en pathologie carcérale.

Après la guerre, en raison des difficultés de ravitaillement, la ration de pain des détenus était tombée à 200 grammes (comme celle de la population civile), elle fut de 350 grammes dès juillet 1948 ; à la demande de l'Administration pénitentiaire, les services du Ravitaillement acceptaient de la porter à 500 grammes à partir du 1er janvier 1949. Par contre, ils limitaient la ration de sucre à 500 grammes par mois et supprimaient les attributions de fromage.

Néanmoins, l'alimentation des détenus était passée, grâce à l'augmentation de pain, de 2 280 à 2 800 calories par jour.

Mais ce régime alimentaire fixé avant 1890, loin d'être satisfaisant, n'était surtout pas équilibré. Il présentait en particulier une nette insuffisance de protides, manquait de crudités ; par contre, il comprenait trop d'hydrates de carbone.

Un nouveau régime fut étudié et mis en application le 1er octobre 1951. La ration de légumes — et notamment de légumes secs — fut sensiblement diminuée et celle de matières grasses augmentée. Le régime comprend du lait et du poisson, et les chefs d'établissements doivent faire distribuer trois fois par semaine des crudités (salades de légumes ou fruits). D'autres améliorations sont intervenues en 1960, 1962 et 1967 dans le sens d'un meilleur équilibre de l'alimentation.

A ces rations fournies par l'administration viennent s'ajouter les achats que les détenus peuvent faire en cantine avec l'argent provenant de leur travail ou avec celui qu'ils peuvent recevoir de l'extérieur.

Des régimes particuliers sont institués dans certains établissements où les détenus sont privés de gains. Il s'agit des maisons à caractère hospitalier (sanatorium pénitentiaire de Liancourt, par exemple) et de celles où un enseignement professionnel est donné.

### *La médecine préventive*

Le médecin pénitentiaire doit examiner tout entrant, mais n'est plus chargé du dépistage de la tuberculose, des maladies vénériennes et des maladies mentales.

*Le dépistage de la tuberculose.* — Une circulaire de l'Administration pénitentiaire du 20 juin 1945 organise le dépistage des tuberculeux dès leur arrivée dans les prisons, dépistage assuré par les laboratoires publics d'hygiène sociale et les dispensaires antituberculeux.

L'installation de nouveaux appareils de radioscopie dans les prisons dès 1950 a permis d'intensifier la lutte contre la tuberculose. Les maisons centrales de Loos, Clairvaux, Eysses, Riom et le centre pénitentiaire de Saint-Martin-de-Ré furent équipés en 1961, ce qui portait à vingt le nombre des établissements pénitentiaires dotés d'un tel matériel. En 1963, dix nouveaux établissements — essentiellement des maisons d'arrêt — recevaient les mêmes installations.

Beaucoup d'établissements d'une capacité supérieure à cent détenus sont à l'heure actuelle dotés de tels équipements, ce qui permet un dépistage sur place. Le médecin agréé par la Santé publique vient examiner les détenus à leur entrée et contrôler annuellement tous ceux y restant plus d'une année.

En 1966, 58 008 détenus sur 115 650 subirent un examen radiologique. 446 cas de tuberculose furent dépistés, soit 0,769 % de la population pénale totale.

Le pourcentage de tuberculeux dans la population française est de l'ordre de 144 cas pour 100 000 habitants, alors qu'il s'élève à 385 pour 100 000 dans la population pénale.

La mortalité par la tuberculose pour la population pénale était avant la deuxième Guerre mondiale trois fois plus élevée que celle de la population libre. On relève actuellement la même proportion, mais en ce qui concerne la morbidité.

*Le dépistage des maladies vénériennes.* — La lutte contre les maladies vénériennes dans le cadre pénitentiaire débuta en 1922. Des consultations et des soins vénériens sont assurés dans la plupart des prisons, grâce à la collaboration des services de santé.

Une ordonnance du 18 juillet 1945 a accentué le dépistage antivénérien dans les prisons. Elle stipule que l'examen et le traitement prévus par le décret-loi du 29 novembre 1939 sur la prophylaxie des maladies vénériennes sont obligatoires pour tous les détenus. Par contre, « les prévenus ne sont soumis à cette obligation que si l'autorité sanitaire et l'Administration pénitentiaire les considèrent, en raison de présomptions graves, précises et concordantes, atteints d'une maladie vénérienne ». Une circulaire du 13 janvier 1948 précise qu'il n'appartient qu'au directeur départemental de la Santé et aux médecins et aux assistantes sociales placés sous son autorité de prendre les mesures propres à assurer la lutte antivénérienne, aussi bien dans les prisons qu'ailleurs.

Au cours de l'année 1966, 73 174 examens furent pratiqués et 1 289 syphilis dépistées, ce qui représente 1,761 % de la population pénale ; 335 gonococcies, soit 0,458 %.

Dans ce domaine comme dans celui de la tuberculose, il convient de noter que le pourcentage est plus élevé dans la population pénale en raison, non seulement du caractère particulier d'une grande partie de la clientèle pénitentiaire, mais aussi du caractère systématique du dépistage, lequel n'est pratiqué qu'occasionnellement dans la population française, lors de consultations volontaires ou d'examens prénuptiaux par exemple.

*Le dépistage des anomalies mentales.* — A la fin du XIX^e^ siècle, les médecins insistèrent sur la nécessité d'un examen médical initial afin de dépister les anomalies mentales. Mais en 1950, tout était encore à faire.

L'administration s'est assurée le concours régulier de médecins psychiatres afin de procéder à l'observation des condamnés de longues peines détenus dans les maisons centrales.

De 1947 à 1950, le dépistage des troubles mentaux chez les prévenus fut entrepris. Grâce à un accord avec le ministère de la Santé publique, des annexes psychiatriques furent prévues dans un certain nombre de maisons d'arrêt : dans la région parisienne, La Roquette et Fresnes ; en province, Rennes, Loos, Toulouse, Saint-Gaudens, Soissons, Evreux, Bourges, Lisieux, Marseille, Lyon. Mais des difficultés, tenant plus encore à l'absence de crédits qu'au manque de place, empêchèrent l'administration d'organiser des annexes psychiatriques dans tous ses établissements. Par « annexes » il faut entendre, dans la majorité des cas, l'organisation de visites d'un

médecin psychiatre. Matériellement, celui-ci ne dispose le plus souvent dans l'établissement que d'un cabinet médical sommaire, et parfois de quelques cellules réservées aux individus qu'il met en observation prolongée.

Il faut ajouter que l'on demandait à ces médecins un certain dévouement, car l'Administration pénitentiaire n'avait aucuns crédits pour les payer, et que seuls ceux de la Roquette et de Fresnes percevaient, en 1950, une indemnité annuelle de 78 000 anciens francs.

Un an après l'ouverture de l'annexe psychiatrique des prisons de Fresnes, M. Bachet, Mlle Fleury et C. Weiss publiaient, dans la *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, un rapport portant sur l'étude de trois cents dossiers.

En 1960, l'annexe psychiatrique de la prison de la Santé fut ouverte.

Grâce aux crédits alloués par le ministère de la Santé, des annexes psychiatriques fonctionnent dans certains grands établissements (Lyon, la Santé, Loos, les Baumettes), avec le concours de psychiatres et de psychologues.

Le dépistage des anomalies mentales tel qu'il est pratiqué actuellement est encore insuffisant. Cependant, 17 921 examens systématiques ont été pratiqués en 1966.

*La consommation médicale.* — Quel que soit le genre d'établissement, la consommation médicale est importante.

Le médecin examine trois catégories de détenus :

— les entrants, vus systématiquement ;

— les consultants, comprenant eux-mêmes trois groupes: les malades atteints d'une affection semblable à celles contractées au dehors ; les malades présentant une affection particulière consécutive à leur incarcération ; les simulateurs, pour certains, ou les petits déséquilibrés psychiques, pour d'autres ;

— enfin, les détenus qui viennent voir le médecin de leur propre chef ou sur les directives de l'administration, du juge ou du procureur pour obtenir des certificats divers.

Les statistiques de l'état sanitaire portant sur le nombre de consultations et de journées d'infirmeries montrent une augmentation constante et importante des journées d'infirmerie ; par contre, le nombre des consultations baisse d'autant plus que la population pénale a augmenté régulièrement ces dernières années.

| | *Effectif moyen* | *Nombre de consultations* | *Nombre de journées d'infirmerie* |
|---|---|---|---|
| | — | — | — |
| **1956** ..... | 20 139 | 158 815 | 299 405 |
| **1957** ..... | 21 539 | 160 072 | 298 372 |
| **1958** ..... | 25 872 | 204 415 | 216 456 |
| **1959** ..... | 27 697 | 210 386 | 202 529 |
| **1960** ..... | 28 247 | 225 683 | 241 522 |
| **1961** ..... | 29 808 | 201 600 | 219 735 |
| **1962** ..... | 28 659 | 189 434 | 228 728 |
| **1963** ..... | 29 462 | 193 969 | 260 734 |
| **1964** ..... | 30 424 | 191 043 | 281 834 |
| **1965** ..... | 32 616 | 183 378 | 287 213 |

Devant cette consommation médicale importante, les médecins demandèrent, lors des Journées de médecine pénitentiaire, que le nombre de vacations soit augmenté.

## QUELQUES ASPECTS PARTICULIERS DE LA MEDECINE PENITENTIAIRE

La médecine pénitentiaire connaît depuis une vingtaine d'années un regain d'actualité dû, entre autres, à certains travaux, à l'étude du suicide en milieu pénitentiaire et aux problèmes soulevés par la grève de la faim.

### *Les thèses de médecine pénitentiaire*

Les thèses de médecine pénitentiaire appartiennent à deux catégories : thèses de médecine pénitentiaire proprement dites, et thèses de psychiatrie pénitentiaire.

Le pneumothorax en prison a fait l'objet d'un travail de Scherer en 1949 (avant l'ouverture du sanatorium de Liancourt). La thèse de Barthod de 1965 montre les aspects nouveaux de la tuberculose en prison.

La thérapeutique moderne qui guérit le détenu comme un autre malade lui donne un moyen supplémentaire de revendication. Les grèves de soins et grèves de la faim dans le but d'attirer l'attention de l'administration sur une situation particulière viennent interrompre et prolonger le traitement. Ce résultat est parfois recherché par le détenu qui bénéficie ainsi plus longtemps du régime plus clément de Liancourt.

La détention a une influence sur le déroulement de la maladie, car la durée du séjour en sanatorium dépend de celle de la peine, et non de l'affection. Les sujets sont quelquefois libérés alors qu'ils ne sont pas totalement guéris.

La pathologie digestive en milieu pénitentiaire est caractérisée par un certain nombre de données qui lui sont propres : sa fréquence relative, le caractère particulier des sujets qui en souffrent et les conditions anormales de leur vie.

L'ulcère gastro-duodénal, le plus souvent du type bulbaire (89 % des ulcères) a fait l'objet d'une thèse de médecine de Bertaud (1963). Les échecs fréquents du traitement médical de cette affection conduisent souvent à une intervention chirurgicale. Il est apparu au docteur Petit, médecin-chef et chirurgien de l'hôpital central des prisons de Fresnes, et au docteur Lesur, son assistant, que l'intervention la mieux adaptée à l'heure actuelle à ce problème est la vagotomie avec gastro-entérostomie complémentaire, dont les résultats sont très satisfaisants.

Enfin, l'accroissement des affections parasitaires lié au nombre souvent important de détenus originaires de divers pays a fait l'objet d'un travail de Decaudin.

En matière de psychiatrie pénitentiaire, plusieurs auteurs — Grun, Murat et Goix — se sont intéressés aux aspects médico-psychologiques de la simulation et des automutilations.

Pour échapper, définitivement ou temporairement, aux rigueurs de l'incarcération, le détenu dispose d'un moyen : la maladie.

L'automutilation, communément employée, provoque l'intervention du personnel médical. Les observations de plaies par coupures, de corps étrangers sous-cutanés, digestifs ou urétraux, de piqûres et d'injections septiques, sont fréquentes en milieu carcéral. Il faut remarquer que les corps étrangers ingérés sont souvent bien tolérés et l'intervention chirurgicale rare, les perforations étant exceptionnelles.

La thèse de Beland porte sur l'exercice médical dans les pénitenciers ; celle de Bedat fait un intéressant bilan de dix années d'activité à l'annexe psychiatrique de la maison d'arrêt de Lyon.

### *Le suicide en milieu carcéral*

« Les suicides en prison sont souvent reprochés à l'Administration pénitentiaire avec un véhémence excessive et en des termes qui traduisent une méconnaissance certaine de la réalité. » (Rapport général sur l'exercice 1966, Inspection médicale, p. 9.)

Plusieurs auteurs — J. Voulet (1952), G. Fully, P.-E. Hivert et S. Schaub (1965) — ont étudié les problèmes posés par les suicides en milieu pénitentiaire.

L'étude statistique des suicides et des tentatives de suicide portant sur ces quinze dernières années donne les chiffres et les pourcentages suivants par rapport à la population pénale :

| | *Population pénale* | *Suicides* | *Pourcentage* | *Tentatives* | *Pourcentage* |
|---|---|---|---|---|---|
| | — | — | — | — | — |
| **1950** ..... | 33 760 | 5 | 0,01 | | |
| **1951** ..... | 28 384 | 10 | 0,03 | | |
| **1952** ..... | 25 219 | 15 | 0,06 | 37 | 0,14 |
| **1953** ..... | 22 662 | 13 | 0,05 | 88 | 0,38 |
| **1954** ..... | 20 906 | 28 | 0,13 | 98 | 0,47 |
| **1955** ..... | 20 086 | 27 | 0,13 | 123 | 0,61 |
| **1956** ..... | 20 231 | 15 | 0,07 | 102 | 0,51 |
| **1957** ..... | 23 360 | 23 | 0,10 | 94 | 0,40 |
| **1958** ..... | 28 386 | 20 | 0,07 | 81 | 0,29 |
| **1959** ..... | 26 795 | 19 | 0,07 | 70 | 0,26 |
| **1960** ..... | 28 677 | 12 | 0,04 | 113 | 0,39 |
| **1961** ..... | 29 733 | 19 | 0,07 | 136 | 0,46 |
| **1962** ..... | 28 404 | 19 | 0,07 | 144 | 0,51 |
| **1963** ..... | 29 157 | 19 | 0,07 | 137 | 0,47 |
| **1964** ..... | 31 245 | 16 | 0,05 | 162 | 0,52 |
| **1965** ..... | 32 257 | 23 | 0,07 | 163 | 0,50 |

On remarque que les taux annuels de suicides et de tentatives restent pratiquement constants.

Le pourcentage de suicides en milieu pénitentiaire est assez voisin de celui relevé pour la population française.

En 1966, on notait 18 suicides pour 115 650 sujets ayant séjourné en prison (23 suicides en 1965).

Or, d'après les statistiques établies par I.N.S.E.E. sur les causes de décès en 1965, il y avait eu 23 suicides pour 100 000 habitants en France (rapport général sur l'exercice 1966, p. 9).

Les données officielles ne doivent être utilisées qu'avec prudence et sous toute réserve, car les chiffres publiés ne paraissent pas correspondre à la réalité. L'opinion unanime des spécialistes et les résultats de diverses enquêtes permettent d'estimer que le nombre réel de suicides est nettement supérieur à celui publié. De nombreuses morts par suicide sont dissimulées sous la pression de l'entourage et déclarées accidentelles ou de cause inconnue. En effet, les services

policiers et judiciaires, à l'origine de la statistique officielle, ne font état du suicide que lorsqu'il est prouvé.

Plusieurs mesures ont été proposées par G. Fully, P.-E. Hivert et S. Schaub dans leurs conclusions :

« 1 — Il faut souligner l'importance du suicide dans les premiers temps de l'incarcération. Cette constatation nous amène à proposer des mesures de prévention qui devraient aboutir tout d'abord à des modifications des conditions de l'accueil en prison ; en effet, le premier contact avec la prison est particulièrement traumatisant pour des non-initiés.

« Il faudrait modifier le climat qui préside à l'arrivée en milieu pénitentiaire. Humaniser les formalités d'écrou, sans pour autant porter atteinte à la sécurité. Aussitôt après l'écrou, une coordination meilleure pourrait s'instituer entre les services pénitentiaires et le service médico-psychologique et social de l'établissement, ce service devant être véritablement intégré au fonctionnement de l'établissement. Ce service devrait assurer un dépistage immédiat des malades mentaux et des psychopathes susceptibles de se décompenser rapidement. Il devrait assurer la prise en charge immédiate de ceux dont le comportement lui paraîtrait de nature à aboutir au suicide.

« Il serait souhaitable que l'isolement soit décidé en tenant compte d'éventuelles contre-indications médicales, la décision d'isolement devrait n'être prise qu'après sollicitation de l'avis médical. Les détenus isolés devraient être soumis à un contrôle pénitentiaire et médical plus rigoureux.

« 2 — A l'occasion de tout événement traumatisant dans la vie du détenu, une surveillance plus particulière devrait être exercée. Les décisions administratives — de transfert notamment — lorsqu'elles ne nécessitent pas d'une façon absolue le respect du secret, devraient s'accompagner, de la part du personnel de surveillance et du personnel médical, d'une attitude à la fois plus humaine et plus vigilante, dans le but d'éviter un raptus auto-agressif et réactionnel.

« 3 — L'étude de chaque cas de suicide et de tentative de suicide devrait faire l'objet à l'avenir de procédés d'enquête et d'investigation meilleurs. Il conviendrait de prévoir un questionnaire d'enquête systématique qui permettrait une meilleure appréciation du suicide et des conditions dans lesquelles il a pu se réaliser. Par cette étude approfondie, l'Administration pénitentiaire serait plus à même de renforcer encore les mesures de prévention qui d'ores et déjà devraient être mises en œuvre. »

L'Administration pénitentiaire, dans une instruction du 8 février 1967, donne des directives qui doivent permettre de lutter contre les suicides. La création de quartiers médico-psychologiques est certainement l'un des moyens les plus efficaces, puisqu'ils permettent l'application d'une thérapeutique appropriée, par des praticiens spécialistes.

### *La grève de la faim*

Ces dernières années, des grèves de la faim particulièrement sévères ont compliqué la tâche du service médical et infirmier. Exceptionnelles autrefois, elles sont devenues plus fréquentes depuis les événements politiques des années 1958-1960.

Selon la définition du docteur Fully : « La grève de la faim est le refus de s'alimenter dans un but essentiellement de protestation ou de revendication, soit contre le régime pénitentiaire, soit contre l'autorité judiciaire. »

On distingue la grève de la faim collective et la grève de la faim individuelle.

Les grèves de la faim collectives ont pris une ampleur considérable entre 1958 et 1962. Elles intéressaient dans une même prison souvent cent, deux cents ou trois cents détenus nord-africains, et étaient dirigées essentiellement contre le régime pénitentiaire.

Sur le plan médical, elles déclenchèrent un processus d'assistance médicale nouveau dans l'histoire de la médecine pénitentiaire. On fit appel, notamment à Fresnes en 1959, aux services de santé de l'armée afin d'augmenter les effectifs du personnel médical.

Très rapidement, des grèves de la faim furent entreprises par des détenus de droit commun, mais elles échouèrent.

Ces grèves de la faim collectives n'avaient pas de caractère pathologique.

La grève de la faim individuelle revêt deux formes : la grève de la faim pathologique que l'on rencontre surtout dans les hôpitaux psychiatriques, et la grève de la faim du sujet « normal » qui a une signification particulière : elle représente pour le détenu la recherche d'un dialogue et d'une prise en charge à la fois physique et morale. C'est un moyen de revendication à succès.

La grève de la faim pose toujours au médecin un problème délicat. Le 13 novembre 1961, au moment des grandes grèves de la faim collectives, le médecin inspecteur général de l'Administration pénitentiaire avait adressé à tous les médecins (l'enseignement de la médecine pénitentiaire n'existait pas encore) la circulaire suivante :

> « Les graves problèmes soulevés par la grève de la faim collective en milieu pénitentiaire se posent à nouveau avec acuité. En raison de l'aggravation possible de la situation actuelle, les médecins des établissements pénitentiaires peuvent être amenés à prendre des décisions engageant leur responsabilité professionnelle et morale. Je me permets de vous rappeler que l'article D. 390 du Code de procédure pénale précise que « si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il peut être procédé à son alimentation forcée, mais seulement sur décision et surveillance médicales, et lorsque ses jours risquent d'être mis en danger. »
>
> « Il est bien certain que le médecin peut être appelé par l'autorité administrative à intervenir par l'alimentation artificielle ou tout autre thérapeutique non librement consentie. L'Administration pénitentiaire est l'autorité tutélaire légale, à laquelle le médecin est administrativement lié. De plus, s'impose à lui l'obligation générale, prévue par l'article 63 du Code pénal, de porter secours à toute personne en danger.

Cependant, je pense qu'en tout état de cause il appartient au médecin, et à lui seul, de juger de la conduite à tenir. Son indépendance doit être également totale vis-à-vis du détenu malade. Je vous demande donc d'appliquer sans réserve les règles du Code de déontologie médicale, laissant à la conscience du médecin sa complète liberté d'appréciation. »

Le médecin doit se prononcer contre l'utilisation abusive des moyens de coercition. Il doit conserver une attitude de calme et de sérénité. Il est important de traiter la cause de la grève, ce qui appartient rarement au médecin ; mais c'est souvent lui qui peut le plus, qui arrive à démonter le mécanisme et à arrêter le conflit, car il est l'interlocuteur de confiance.

Depuis la deuxième guerre mondiale, le service médical pénitentiaire s'est vu doter de centres médicaux bien équipés, parfois très modernes et pouvant rivaliser avec certains hôpitaux civils. Les moyens nécessaires pour que « le détenu malade soit soigné comme un malade » y sont mis en œuvre.

Le dépistage de certaines maladies est désormais assuré et de récentes circulaires sur la vaccination par la B.C.G. et antipoliomyélitique sont venues renforcer l'action prophylactique entreprise.

Pourtant, des problèmes subsistent. Ils concernent le médecin, son recrutement, son intégration dans le système pénitentiaire.

Le rôle du médecin consiste surtout à faire du détenu malade un détenu en bonne santé. Si cette médecine somatique est acquise, la médecine psychosomatique et la médecine psychiatrique le sont moins. Quant au rôle du médecin lors du traitement du délinquant en vue de sa réintégration dans la société, il est actuellement inexistant.

## CONCLUSION

La fonction de médecin de prison ne fut créée qu'à la fin de l'Ancien Régime. L'ordonnance criminelle de 1670 prescrivait que « la santé des prisonniers ne devait pas être incommodée », sans spécifier par quels moyens. En fait, l'application de ce principe dépendait uniquement du bon vouloir du geôlier, seul maître de la prison.

Quand le médecin soignait un détenu, ses remèdes ne pouvaient contrebalancer les conséquences néfastes du mauvais état de la prison, de son insalubrité et du manque de nourriture sur la santé du malade. Il ne faisait donc que poursuivre avec dévouement et humanité l'œuvre charitable entreprise par saint Vincent de Paul.

Toutefois, vers la fin du XVIII[e] siècle, l'influence des philosophes et de quelques philanthropes se fit sentir. Plusieurs prisons furent pourvues d'une organisation sanitaire, mais il ne s'agissait encore que d'initiatives privées et isolées.

Après la Révolution, des officiers de santé, puis des médecins, furent nommés officiellement dans les prisons. La première organisation sanitaire apparaît dans les textes en 1819, mais les infirmeries restèrent peu nombreuses, la nourriture insuffisante et l'hygiène des détenus déplorable. A cette époque, les médecins s'attachèrent surtout à résoudre les problèmes d'hygiène pénale.

L'apparition progressive du régime cellulaire et son officialisation en 1875 entraînèrent de nombreuses controverses de nature essentiellement médicale sur la mortalité, la folie et le suicide en milieu pénitentiaire. Souvent passionnées, elles eurent le mérite de révéler l'état des prisons et de montrer les améliorations souhaitables. Médicalement, le régime cellulaire eut pour effet de limiter l'extension des maladies contagieuses.

La fin du XIX[e] siècle fut marquée par plusieurs initiatives intéressantes sur le plan sanitaire qui, malheureusement, ne durèrent que peu d'années. Des établissements spécialisés furent créés à Montpellier pour les femmes tuberculeuses et à Gaillon pour les aliénés ; on les supprima pour des raisons budgétaires.

En 1922, le dépistage des maladies vénériennes débuta en milieu pénitentiaire, grâce au concours du ministère de la Santé, mais ce n'est qu'après la deuxième guerre mondiale que l'on entreprit le dépistage de la tuberculose et des maladies mentales.

En 1945, la réforme pénitentiaire a introduit la notion de traitement du délinquant, auquel doit participer le médecin, et tout particulièrement le psychiatre. Non seulement ce dernier dépiste et

traite les malades mentaux dans les centres médico-psychologiques ou les annexes psychiatriques, mais participe à la répartition des détenus en catégories pénales au Centre national d'orientation de Fresnes et dans les centres régionaux d'orientation.

La tâche du généraliste et des spécialistes est considérable, car la consommation médicale s'est accrue et la médecine pénitentiaire a évidemment bénéficié des progrès de la médecine.

La construction de nouveaux établissements pénitentiaires et d'un bloc chirurgical moderne ne doit pas faire oublier l'état de certaines prisons, le manque d'infirmeries et la situation déplorable des quartiers pénitentiaires des hôpitaux civils.

Les vœux émis aux journées de médecine pénitentiaire montrent qu'il reste beaucoup à faire pour améliorer le service médical dans les prisons.

Ces vœux, présentés à l'unanimité, sont les suivants :

1 — Amélioration de l'équipement des services cliniques pénitentiaires ;

2 — Amélioration des conditions de travail des médecins et du personnel médical :

*a*) Dans le cadre de la médecine générale :

— nécessité d'établir des normes de travail en fixant le rythme des examens à quatre ou six détenus à l'heure,

— calcul des vacations d'après ces normes,

— attribution de vacations supplémentaires devant permettre au médecin de tenir son rôle d'hygiéniste de la prison,

— augmentation du temps de présence des infirmières à temps partiel dans les maisons d'arrêt ;

*b*) Dans le cadre des annexes psychiatriques :

— mise en place d'un personnel suffisant et compétent, convenablement rémunéré ;

*c*) Tout le personnel clinique devra jouir d'un statut uniformisé et être informé des réglementations le concernant ;

3 — Amélioration de l'alimentation des détenus :

— Nécessité d'une alimentation équilibrée et diversifiée ;

— Nécessité d'une préparation meilleure par un personnel spécialisé ;

— Adoption, à l'échelon national, de quelques régimes médicaux types uniformisés ;

— Création, dans la mesure du possible, de quelques cuisines diététiques ;

4 — Les expertises judiciaires :

— Nécessité, dans le cadre de l'expertise, d'une collaboration indispensable entre médecins experts et médecins de l'administration pénitentiaire, ceux-ci devant intervenir officiellement dans les conclusions de l'expertise ;

5 — Maintien aux détenus du droit de la Sécurité sociale :

— Les médecins des prisons souhaitent l'affiliation des détenus à la Sécurité sociale, dans un régime qui reste à étudier par une commission médico-administrative mixte ;

6 — Amélioration des quartiers pénitentiaires dans les hôpitaux régionaux ;

7 — Assimilation de certains établissements sanitaires pénitentiaires aux hôpitaux publics correspondants ;

8 — Les soins dentaires aux détenus doivent être assurés dans les mêmes conditions que les autres soins médicaux ;

9 — Pour le milieu ouvert, nécessité d'un service clinique de suite qui soit en liaison étroite avec le service médical pénitentiaire, les organismes postpénaux et les dispensaires de la Santé.

L'éventualité d'une affiliation des détenus à la Sécurité sociale suscita un très vif intérêt et provoqua des discussions animées. Elle fit l'objet, par la suite, d'une étude approfondie.

L'idée du maintien des droits sociaux des détenus avait d'ailleurs déjà retenu l'attention du Comité des ministres au Conseil de l'Europe, et une résolution adoptée par les délégués des ministres le 1er février 1962 précisait :

« D. *Droits sociaux :*

9 — Le seul fait de la détention n'altère pas les droits aux prestations de Sécurité sociale acquis par le détenu avant son incarcération ;

10 — Les mesures nécessaires seront prises afin que, pendant son séjour en prison, le détenu conserve, dans la mesure du possible, ses droits auxdites prestations ;

11 — Le paiement des prestations au détenu peut être suspendu ou réduit pendant la détention. Cette disposition ne s'applique pas aux pensions auxquelles le détenu peut prétendre en contrepartie des versements qu'il a personnellement effectués. »

L'affiliation des détenus à la Sécurité sociale devrait permettre de résoudre les problèmes concernant la santé de cette minorité privée de liberté.

L'histoire de la médecine pénitentiaire montre que le détenu a acquis le droit à la santé ; bientôt il gardera ses droits d'assuré social. Il faut espérer que le détenu malade sera toujours un « malade ».

*VU :*
*Le Doyen,*
G. Brouet.

*VU :*
*Le Président de thèse,*
L. Derobert.

*VU ET PERMIS D'IMPRIMER :*
*Le Recteur de l'académie de Paris,*
J. Roche.

## BIBLIOGRAPHIE


APPERT (B.) : *Rapport sur l'état actuel des prisons, des hospices et des écoles*, Chanson, Paris, 1824.

AZERAD (N.), FULLY (G.), BOHBOT (S.) et CARLOTTI (J.) : « Cardiologie et détention », *Annales de médecine légale et de criminologie*, 1966, p. 422-429.

BACHET (M.) et Mlle FLEURY : « Rapport sur l'annexe psychiatrique des prisons de Fresnes », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1951, p. 658-732.

BACHET (M.), Mlle FLEURY et WEISS (C.) : « II[e] Rapport sur l'annexe psychiatrique des prisons de Fresnes », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1952, p. 25-54.

BAILLARGER (J.) : « De la mortalité et de la folie dans le régime pénitentiaire », *Gazette médicale de Paris*, 1840, t. VIII, n° 9, p. 129-140.

BARIETY (M.) et COURY (Ch.) : *Histoire de la médecine*, 1 vol. Fayard, Paris, 1963.

BARTHES (L.) : « L'organisation des maisons centrales avant 1830 », *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1905, p. 1205-1215, 1906, p. 418-425 et 1032-1037.

BARTHOD (J.) : *Tuberculose et détention — Contribution à l'étude de la tuberculose au sanatorium pénitentiaire de Liancourt*, thèse médecine, Paris, 1965.

BEAUVAIS (de) : « Note sur le régime cellulaire et alimentaire de Mazas dans ses rapports avec une épidémie de scorbut », *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1879, p. 22-29.

BEAUVAIS (de) : « De l'influence du régime cellulaire sur la santé », *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1888, p. 396-399.

BEAUVAIS (de) : « Rapport au ministre de l'Intérieur sur l'application et les effets du régime cellulaire à Mazas », *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1890, p. 542-560.

BEDAT (M.) : *L'annexe psychiatrique de la maison d'arrêt de Lyon*, thèse médecine, Lyon, 1964.

BERLAND (J.) : *Contribution à l'étude de la criminologie — L'exercice médical dans les pénitenciers modernes*, thèse médecine, Paris, 1960.

BERNIER (X.) : *Etude médicale sur les prisons de Nantes pendant la Terreur*, thèse médecine, Bordeaux, 1914.

BERTAUD (Cl.) : *Les ulcères duodénaux en milieu pénitentiaire et leur traitement chirurgical*, thèse médecine, Paris, 1963.

BERVILLE et BARRIERE : *Mémoires de Linguet sur la Bastille et de Dusaulx sur le 14 juillet, avec des notices, des notes et des éclaircissements historiques*, 1 vol. Baudoin, Paris, 1821.

BEURMANN (de) : « Etude sur les causes et les symptômes du scorbut chez les prisonniers », *Archives générales de médecine*, 1884.

BOILEAU-CASTELNAU : « Note sur les entrées à l'infirmerie et les décès chez les détenus de la maison centrale de Nîmes ». *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1835, p. 332-339.

BOILEAU-CASTELNAU : « Note sur l'influence de la détention sur la santé des détenus de la maison centrale de Nîmes, pour l'année 1839, en ayant égard aux professions, à l'époque de l'année », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1839, p. 207-212.

BOILEAU-CASTELNAU : « De l'influence du régime des prisons sur la santé des détenus », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1849, p. 68-92.

BOUCHET (L.) : *Dissertation sur les maladies qui affectent les prisonniers de guerre détenus à bord des pontons de Plymouth*, thèse médecine, Paris, 1813.

BOURNON (F.) : *Histoire générale de Paris — La Bastille*, Imprimerie nationale, Paris, 1893.

BRETON (J.) : « La pathologie mentale des détenus », *Perspectives psychiatriques*, 1965, n° 12, p. 29-41.

BRINON (R.) : *Contribution à l'étude de l'hygiène dans les établissements pénitentiaires*, thèse médecine, Paris, 1939.

CARRIERE (E.) : « De l'intervention de la médecine et des médecins dans l'établissement du système pénitentiaire en France », *Gazette médicale de Paris*, 1840, t. VIII, n° 6, p. 81-89.

CHASSINAT (R.) : *Essai sur la mortalité dans les bagnes et dans les maisons centrales de force et de correction, depuis 1822 jusqu'à 1837*, 1 vol., Dupont, Paris, 1844.

CHIPIER (L.) : *De la cachexie en prisons — Etude sur quelques maladies spéciales aux prisonniers*, thèse médecine, Paris, 1879.

CŒURDACIER : « Prisons de femmes à Nancy au XVIII[e] siècle », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1951, p. 459-491.

COINDET (Ch.) : « Observation sur l'hygiène des condamnés détenus dans la prison pénitentiaire de Genève », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1838, p. 273-366.

COLIN (L.) : « Les prisons de la Seine — Conditions hygiéniques des immeubles départementaux affectés à ce service », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1888, p. 205-218.

CORNEILLE (Ch.-Ph.) : « Les prisons sous le Premier Empire », *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1906, p. 243-263.

COSTE (P.) : *Saint Vincent de Paul — Correspondance — Entretiens — Documents*, 14 vol., Gabalda, Paris, 1920.

DARU (Ch.) et BOURNAT (V.) : « La Société royale des prisons, 1819-1830 », *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1878, p. 54-72, p. 288-301 et p. 443-464.

DECAUDIN (M.) : *Les parasitoses intestinales en milieu pénitentiaire*, thèse médecine, Paris, 1963.

DECHAMBRE (A.) : *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Masson, Paris, 1886 (Art. système pénitentiaire, t. 22, 74, p. 646-700).

DELAUNAY (P.) : *La vie médicale aux XVI[e], XVII[e] et XVIII[e] siècles*, 1 vol., Le François, Paris, 1935.

DELAUNAY (P.) : *La médecine et l'Eglise*, 1 vol., Le François, Paris, 1948.

DEQUIDT : « Hygiène générale et services médicaux dans les prisons », *Code pénitentiaire*, 1927, 22, p. 283-299.

DEROBERT (L.) : « Petit historique de la médecine légale en France et à Paris », *Paris médical*, 10 nov. 1941, p. 1-7.

DESJARDINS (A.) : « Les prisons de l'Ancienne France », *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1885, p. 416-430.

DESMAZE (Ch.) : *Le Châtelet de Paris, son organisation, ses privilèges, etc.*, 1 vol., Cosse, Paris, 1870.

DEVE (Th.) : *Etude sur la tuberculose chez les prisonniers*, thèse médecine, Paris, 1882.

DREYFUS (F.) : *Un philanthrope d'autrefois : La Rochefoucauld-Liancourt*, Plon, Paris, 1903 (analyse IN *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1904, p. 311-314).

DRILLON (P.) : « De l'état de quelques prisons départementales d'après des documents officiels, *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1904, p. 128-145.

DUCPETIAUX (Ed.) : « Questions relatives à l'hygiène des prisons et des établissements de bienfaisance », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1833, p. 272-295.

DUFFAU-LAGARROSSE (L.) : « L'état actuel des prisons départementales », *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1907, p. 924-941.

DU MESNIL (O.) : « Les jeunes détenus à la Roquette et dans les colonies agricoles — Hygiène, moralisation et mortalité », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1866, p. 241-289.

DUPONT (E.) : *Les prisons du mont Saint-Michel, 1425-1864, d'après des documents originaux inédits*, 1 vol., Perrin, Paris, 1913.

DUPUY (A.) : « Les prisons de Bretagne au XVIII[e] siècle », *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1884, p. 509-528 et 607-625.

EGGS (d') : *De l'état actuel des prisons civiles de Strasbourg au point de vue sanitaire et médical* (analyse IN *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1867, p. 239-240).

FODERE (F.E.) : *Traité de médecine légale et d'hygiène publique ou de police de santé, adapté aux codes de l'Empire français et aux connaissances actuelles*, 6 vol., Paris, 1813.

FOVILLE (A.) : « De la législation spéciale aux aliénés et des améliorations qu'il serait possible d'apporter à la loi du 30 juin 1838 », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1870, p. 129-165 et p. 381-424.

FULLY (G.), HIVERT (P.-E.) et SCHAUB (S.) : « Suicide en milieu carcéral — Etude de 183 cas constatés en France depuis 1955 », *Annales de médecine légale*, 1965, p. 108-114.

GELMA (E.) : « Un centre d'études de psychiatrie des prisons et de médecine pénitentiaire à Strasbourg », *Annales de médecine légale*, 1923, p. 554-562.

GIRAUD (P.) : *Histoire générale des prisons sous le règne de Buonaparte, avec des anecdotes curieuses et intéressantes*, 1 vol., Emery, Paris, 1814.

GOIX (P.) : *De quelques incidences de l'incarcération sur la pathologie*, thèse médecine, Paris, 1958.

GRUN (V.) : *La situation médicale en milieu pénitentiaire*, thèse médecine, Paris, 1958.

GUERARD (A.) : « Mémoire sur la prison cellulaire de Mazas », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1853, p. 5-68.

HERPIN (J.) : *Etude sur la réforme et les systèmes pénitentiaires considérés au point de vue moral, social et médical*, 1 vol., Baillière, Paris, 1868.

HILLAIRET (J.) : *Gibets, piloris et cachots du Vieux Paris*, 1 vol., Minuit, Paris, 1956.

HOURCQ (V.) : « La tuberculose dans les prisons » (rapport présenté à la section pénitentiaire du II[e] Congrès international de criminologie), *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1950, p. 400-410.

HOWARD (J.) : *Etat des prisons des hôpitaux et des maisons de force* (traduit de l'anglais), 2 vol., Paris, 1791.

HUREL (A.) : « Du régime alimentaire dans les maisons centrales », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1874, p. 336-350.

HUREL (A.) : « Quelques observations pour servir à l'histoire de la folie pénitentiaire », *Annales médico-psychologiques*, 1875, 33, 13, p. 161-192 et 375-397.

HUREL (A.) : « Du régime alimentaire dans les maisons centrales », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1875, p. 336-350.

HUREL (A.) : « Le quartier des condamnés aliénés annexé à la maison centrale de Gaillon », *Annales médico-psychologiques*, 1877, p. 203-224.

HUREL (A.) : *Mémoire sur le quartier des condamnés aliénés — Etude statistique*, Imprimerie nationale, Paris, 1880.

LAIGNEL-LAVASTINE (M.) et coll. : *Histoire générale de la médecine, de de la pharmacie, de l'art dentaire et de l'art vétérinaire*, 3 vol., Albin-Michel, Paris, 1936-49.

LANCEREAUX (E.) : « Le scorbut des prisons du département de la Seine — Etiologie et prophylaxie », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1885, p. 296-303.

LAURENT (A.) : *Les prisons du Vieux Paris*, 1 vol., A. Picard et Kaan, Paris (s.d.) — (Analyse IN *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1895, p. 586-591).

LAURENT (E.) : *Les maladies des prisonniers — Etude d'hygiène pénitentiaire*, 1 vol., Société d'éditions scientifiques, Paris, 1892.

LE BER (Y.) : *Scorbut épidémique des prisons*, 1 vol., Germer-Baillière, Paris, 1840.

LECOUR (C.-J.) : « Du suicide et de l'aliénation mentale dans les prisons cellulaires du département de la Seine », *Archives générales de médecine*, 6e série, t. XXVI, août 1875, p. 129-150.

LELUT (F.) : « De l'influence de l'emprisonnement cellulaire sur la raison des détenus », *Annales médico-psychologiques*, 1844, t. III, p. 392-413, et t. IV, p. 57-73.

LOIS, DECRETS, REGLEMENTS et CIRCULAIRES : 1 vol., Imprimerie administrative, Melun, 1896.

LORION (P.) : « La Société générale des prisons et de législation criminelle et la Howard League », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1929, p. 50-85.

MAINDRAULT : *Quelques considérations médicales sur la prison de Bicêtre*, thèse médecine, Paris, 1820.

MARRET (J.) : *La tuberculose des prisonniers noirs*, thèse méd., Paris, 1942.

MAUGIN (A.) : *Essai sur l'hygiène des prisons*, thèse médecine, Paris, 1819.

MERRY-DELABOST : « Note sur un système d'ablutions pratiqué à la prison de Rouen et applicable à tous les grands établissements, pénitentiaires ou autres », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1875, p. 110-117.

MERRY-DELABOST : « Epidémies de variole dans la prison départementale de Rouen — résultats de la revaccination générale », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1882, p. 385-396.

MERRY-DELABOST : « De l'alimentation des détenus au point de vue hygiénique et pénitentiaire », *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1884, p. 884-908, 1885, p. 13-44 et p. 156-186.

MERRY-DELABOST : « Hygiène pénitentiaire : bains, douches de propreté ; leur application dans les prisons cellulaires », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1888, p. 217-234.

MEUVRET (H.) : *La tuberculose dans les prisons*, thèse méd., Paris, 1908.

MEUVRET (H.) : « Le régime alimentaire des prisons de Belgique et en France », *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1911, p. 428-430.

MICHAUX (Ed.) : *La Guyane et ses établissements pénitentiaires*, thèse médecine, Paris, 1860.

MIRABEAU (H.) : *Des lettres de cachet et des prisons d'Etat*, ouvrage posthume composé en 1778, Hambourg, 1882.

MOREAU - CHRISTOPHE (L.) : « De la mortalité et de la folie dans le régime pénitentiaire », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1839, p. 5-17.

MOREAU - CHRISTOPHE (L.) : *Code des prisons ou recueil complet des lois, ordonnances, décrets, etc., de 1670 à 1845*, 1 vol., Dupont, Paris, 1845.

MOSSE (A.) : *Les prisons et les institutions d'éducation corrective*, 1 vol., Sirey, Paris, 1929.

MOTET (A.) : « Le suicide et l'aliénation mentale dans les prisons cellulaires de la Seine », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1879, p. 219-225.

MURAT (R.) : *De quelques automutilations dans les prisons*, thèse médecine, Paris, 1956.

NECKER (J.) : *De l'administration des finances de la France*, 3 vol., 1784.

PACTET (F.) et COLIN (H.) : *Les aliénés dans les prisons* (aliénés méconnus et condamnés), Masson, Paris (s.d.).

PETITHORY (A.) : *Contribution à l'étude des psychoses pénitentiaires*, thèse médecine, Paris, 1925.

PIETRA - SANTA (P. de) : *Etudes sur l'emprisonnement cellulaire et la folie pénitentiaire*, Masson, Paris, 1858.

PINATEL (J.) : *Traité élémentaire de science pénitentiaire et de défense sociale*, Imprimerie administrative, Melun, 1950.

PRUDHOMME (H.) : « Les prisons de la Seine en 1926 d'après le rapport de l'Inspection générale des services administratifs », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1927, p. 320-336.

RAISIN : « Aperçu statistique sur la maison centrale de détention de Beaulieu », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1831, p. 180-197.

REPERTOIRE ANALYTIQUE DES LOIS, DECRETS ET REGLEMENTS : 1 vol., Imprimerie administrative, Melun, 1935.

RITTI (A.) : « L'emprisonnement cellulaire est-il une cause de folie ? », *Annales médico-psychologiques*, 1888, 46, 7, p. 359-365.

RIVIERE (A.) : « L'application du régime d'emprisonnement individuel », *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1885, p. 714-741.

RIVIERE (A.) : « Howard, sa vie, son œuvre », *Bulletin de la Société générale des prisons*, 1891, p. 651-680.

SAUZE : « Recherches sur la folie pénitentiaire », *Annales médico-psychologiques*, 1857, 3, p. 28-56.

SCHERER (G.) : *La pratique du pneumothorax en prison*, thèse médecine, Paris, 1949.

SEMICHON (E.) : *Les réformes sous Louis XVI — Assemblées provinciales et parlements*, 1 vol., Paris, 1876.

SEVIN (J.-B.) : *La maison d'arrêt du Havre*, thèse médecine, Paris, 1895.

TARDIEU (A.) : *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité* (article : « Système pénitentiaire »), 3 vol., 1854.

TOULMOUCHE (A.) : « Travail historique, statistique, médical, hygiénique et moral sur la maison centrale de détention de la ville de Rennes, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1835, p. 5-64.

VILLERME (L.-R.) : « Mémoire sur la mortalité dans les prisons », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1829, p. 1-100.

VILLERME (L.-R.) : « Note sur la mortalité parmi les forçats du bagne de Rochefort, sur la fréquence de leurs maladies et sur la grande tendance que celles-ci ont à se terminer par la mort », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1831, p. 113-127.

VINGTRINIER : « Des aliénés dans les prisons et devant la justice », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1852, p. 369-396, et 1853, p. 138-188.

VOULET (J.) : « Suicides et tentatives de suicide dans les établissements pénitentiaires », *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1952, p. 641-650.

## TABLE DES MATIERES

PAGES

**Introduction** ..... 21

CHAPITRE PREMIER

**LA MEDECINE PENITENTIAIRE SOUS L'ANCIEN REGIME**

I — **Les prisons** ..... 25

Les différentes prisons : maisons de force ou de correction, prisons d'Etat, prisons ordinaires, maisons particulières — L'état des prisons : la prison de Rennes, les prisons du Vieux Paris, la Bastille — L'œuvre de saint Vincent de Paul — Les ordonnances de 1560 et 1670.

II — **La situation sanitaire** ..... 33

L'alimentation — Les épidémies.

III — **L'organisation sanitaire** ..... 36

L'hôpital des forçats de Marseille — Le médecin juré et le chirurgien juré — La prison de Rennes — Les prisons de femmes à Nancy — A Paris.

*L'organisation sanitaire de la Bastille* ..... 40

Le médecin — Le chirurgien : « Mémoire pour le chirurgien-major de la Bastille » — L'apothicaire — La sage-femme — Le médecin et la torture — Les certificats médicaux.

IV — **La fin de l'Ancien Régime** ..... 49

CHAPITRE II

**DE LA REVOLUTION A 1875**

I — **L'état des prisons** ..... 54

*Les abus* ..... 55

Les pistoles — La visite des prisons — Les exactions des geôliers — Les cachots — L'arbitraire — Les aliénés — Les enfants — Bicêtre.

*Essais d'amélioration* ..... 61

Les commissions de surveillance — La Société royale des prisons.

PAGES

II — **L'organisation sanitaire** ..... 63

*Nomination des médecins et premiers règlements sanitaires* .... 63

Arrêté sur la police des prisons départementales (1819) — Attributions du médecin et du chirurgien (1831) — Règlement général pour les prisons départementales (1841).

*Les infirmeries* ..... 67

Malades transférés dans les hôpitaux — Les infirmeries deviennent obligatoires (1819) — L'état des infirmeries de 1819 — Transfèrements — Les infirmiers détenus.

*Les écritures des médecins* ..... 71

Les rapports des médecins — Le certificat médical.

*Le traitement des médecins* ..... 76

*Le règlement du service de santé* (1860) ..... 77

III — **L'hygiène pénale** ..... 79

*La mortalité dans les prisons* ..... 79

*Le régime alimentaire* ..... 84

*Les maladies et les médecins de prison* ..... 84

Le service médical dans « Les prisons de Nantes sous la Terreur » — Le dépôt de mendicité de Saint-Denis — Les premières thèses sur la médecine des prisons — Les maladies — Les épidémies : « Le scorbut épidémique dans les prisons » — L'hygiène pénale.

CHAPITRE III

**LA MEDECINE PENITENTIAIRE ET LE REGIME CELLULAIRE**

I — **Le régime cellulaire avant 1875** ..... 99

Querelle à propos d'un article de Moreau-Christophe — La « funeste circulaire » de M. de Persigny (1853) — La prison de Mazas.

II — **La loi du 5 juin 1875** ..... 103

Cellules de malades — Les devoirs du médecin.

III — **Le régime cellulaire et la santé du détenu** ..... 104

Piétra-Santa combat le système cellulaire — Rapport au ministre de l'Intérieur sur l'application et les effets du régime cellulaire à Mazas (1890) : les suicides, grève de la faim, folie pénitentiaire.

*Dernières discussions sur le régime cellulaire* ..... 110

CHAPITRE IV

**DE 1875 A LA DEUXIEME GUERRE MONDIALE**

I — **L'hygiène des prisons** ..... 114

L'état des prisons (installations sanitaires) — L'hygiène corporelle — L'hygiène alimentaire.

PAGES

II — **L'organisation du service médical** ..... 121

Les règlements sanitaires — Le rôle du médecin : prescription des produits pharmaceutiques — Les indemnités des médecins et l'insuffisance du service médical — Les spécialisations — L'enseignement — Les infirmiers détenus — Les établissements sanitaires.

III — **L'état sanitaire** ..... 128

La mortalité — Les épidémies — La médecine pénitentiaire et les maladies de prison — La tuberculose : la mortalité, les mesures — Le quartier spécial de Gaillon (les condamnés aliénés) — Le suicide en milieu pénitentiaire et la grève de la faim.

CHAPITRE V

**DE 1945 A NOS JOURS**

La réforme pénitentiaire — Le Code de procédure pénale et le service sanitaire.

I — **L'organisation médicale pénitentiaire** ..... 145

*Les centres médicaux pénitentiaires* ..... 145

Les hôpitaux pénitentiaires — Les autres centres médicaux : le sanatorium de Liancourt, l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt de Pau, le centre des malades chroniques de la maison centrale de Poissy, l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt de Blois, les établissements réservés aux condamnés psychopathes, les centres pour handicapés physiques.

*Le personnel médical* ..... 148

Les infirmières — Les médecins.

*L'inspection des services médicaux* ..... 150

*L'enseignement de la médecine pénitentiaire* ..... 151

II — **La médecine pénitentiaire** ..... 152

L'hygiène et le régime alimentaire — La médecine préventive — Le dépistage de la tuberculose, des maladies vénériennes, des anomalies mentales — La consommation médicale — Quelques aspects particuliers de la médecine pénitentiaire : les thèses de médecine pénitentiaire, le suicide en milieu carcéral, la grève de la faim.

**Conclusion** ..... 162

**Bibliographie** ..... 167

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE
MELUN 4536 - 1968